

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue le 31 mai 1906, à 1 heure.

par Louis SRIBER

NÉ A PARIS LE 1^{er} FÉVRIER 1880.

DE LA
MARCHE DE L'ACCOUCHEMENT
GÉMELLAIRE

Étude statistique

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. BONNAIRE, DEMELIN, BRINDEAU, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
IMPRIMERIE V^{ve} ALBOUY

75, AVENUE D'ITALIE, 75

1906

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen		M. DEBOVE
Professeurs.		MM.
Anatomie.		POIRIER
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale.	}	HUTINEL
Pathologie Chirurgicale.		BRISSAUD
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale		SEGOND
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		GILBERT
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.		DEJERINE
Clinique médicale.	}	ROGER
Maladies des enfants		HAYEM
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		DIEULAFOY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEBOVE
Clinique des maladies du système nerveux		LANDOUZY
Clinique chirurgicale.	}	GRANCHER
Clinique ophtalmologique.		JOFFROY
Clinique des maladies des voies urinaires		GAUCHER
Clinique d'accouchements		RAYMOND
Clinique gynécologique		LE DENTU
Clinique chirurgicale infantile.		TERRIER
Clinique thérapeutique		BERGER
		RECLUS
		DE LAPERSONNE
		GUYON
		BUDIN
		PINARD
		POZZI
		KIRMISSON
		ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRÉ	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDÉAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFEL, Chef des
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	Trav. Anatomiques.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEME LIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

A MES PARENTS

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de Médecine.

Avec nos respectueux remerciements pour l'honneur
qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence
de cette Thèse.

INTRODUCTION

Pendant le séjour que nous avons fait à la Maternité de l'hôpital Lariboisière, nous avons été amenés à voir pratiquer et à pratiquer nous-mêmes des accouchements gémellaires, beaucoup plus fréquemment que ne l'indiquaient les différents auteurs. Frappé du nombre relativement considérable des troubles et accidents qui se manifestaient au cours de ces grossesses et de ces accouchements, nous avons, sur les conseils de notre cher maître, M. le Professeur Agrégé Bonnaire, entrepris cette étude, moins pour résumer les différents travaux qui ont été publiés jusqu'à ce jour sur ce sujet, que pour présenter un tableau clinique de l'accouchement gémellaire, fondé sur des recherches personnelles dans un certain nombre d'observations.

Après quelques brèves considérations sur la fréquence et l'étiologie de la gémellité, nous examinerons la femme à son entrée dans le service et nous rechercherons quel est à ce moment l'âge de sa grossesse, quelles sont les présentations et positions respectives des fœtus.

Dans un troisième chapitre nous étudierons le travail proprement dit, dans son ensemble et dans ses différentes manifestations ; puis, ayant décrit la délivrance au point de vue clinique, nous pratiquerons l'examen des placentas.

Dans un cinquième chapitre nous comparerons les jumeaux aux autres nouveau-nés au point de vue du sexe, du poids et de l'état physique.

Dans les derniers chapitres, enfin, nous passerons en revue les accidents et interventions au cours de la grossesse, du travail et de la délivrance ; la pathologie des suites de couches nous retiendra quelque temps aussi.

Un examen rapide de la grossesse triple, beaucoup plus rare que la grossesse double, terminera cette étude.

Mais, avant d'entrer dans le corps de notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier ici les maîtres éminents MM. les Professeurs et Professeurs agrégés Debove, Gaucher, Duguet, Peyrot, Tuffier et Bonnaire qui nous ont initié à la pratique de la médecine, de la chirurgie des accouchements, et nous ont fait profiter des richesses de leur enseignement.

Au cours de notre dernière année d'études, M. le Professeur agrégé Bonnaire a bien voulu nous conseiller dans le choix de notre thèse, et M. le D^r Keim, son ancien interne, a bien voulu nous guider dans son élaboration. Qu'ils reçoivent ici l'expression de notre vive reconnaissance, ainsi que M. le D^r Porak, qui a mis à notre disposition, avec tant d'obligeance, les archives de la Maternité.

Nous ne saurions oublier non plus l'ami de notre famille, M. le Professeur agrégé Retterer, chef des travaux pratiques à la Faculté, qui, au début de nos études, nous a prodigué de si utiles conseils.

Nous transmettrons enfin à nos cousins, M. et M^{me} Charles Kahn, l'expression de notre gratitude pour avoir tenu à se charger de faire assurer, en notre lieu et place, l'exécution matérielle de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS

A. — De la fréquence des Accouchements gémellaires.

Des statistiques nombreuses ont été publiées à ce sujet tant en France qu'à l'Étranger; mais, bien que ces travaux soient fondés, pour la plupart, sur un nombre considérable d'observations, les résultats obtenus sont loin de concorder. Cela tient à ce que la fréquence des grossesses gemellaires est variable suivant les pays; et dans un même pays, suivant la région.

Et M. Bertillon a très bien montré que, si la proportion moyenne des accouchements gemellaires en France était de 9,9 sur 1.000, elle n'était que de 6,77 dans la Gironde; 7,59 dans le Gers, le Cantal et le Puy-de-Dôme, alors qu'elle était de 11,94 dans les Vosges, 12,90 dans la Haute-Savoie.

Le Dr Veit (1), professeur à Rostock, dans une sta-

(1) VEIT, *Monatschrift für geburtskunde*, 1856, Bd. VI, p. 127.

tistique dressée de 1828 à 1849 a trouvé, sur 13.208.868 accouchements, une proportion de 149,964 accouchements gémellaires, soit 1 sur 88. Ce rapport s'est élevé dans le Wurtemberg à 1 sur 86, en Saxe à 1 sur 78.

En Angleterre, Arnell nous donne les chiffres de 1 sur 175, Collins 1 sur 62, Ramsbotham 1 sur 91.

En France, nous trouvons, dans les statistiques de M^{me} Lachapelle, un accouchement gémellaire sur 85 accouchements simples, à l'Hôtel-Dieu 1 sur 70, à la Clinique de Bordeaux 1 sur 87, dans une statistique de Paul Dubois 1 sur 92.

A la Maternité, la proportion fut de beaucoup supérieure à celle indiquée par les différents auteurs; sur un total de 27.486 femmes observées, 429 eurent des grossesses gémellaires, soit une proportion de 1 sur 64 ou encore de 1,5 ‰. On peut expliquer cette fréquence un peu anormale des accouchements gémellaires dans cet établissement, par ce fait que toute femme ayant une grossesse double y est habituellement hospitalisée, en raison des accidents et complications toujours à craindre au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de la délivrance, et que nous analyserons dans un des chapitres suivants.

Ces différents accouchements se répartissent ainsi suivant les années :

En 1906 (1 ^{er} Janvier au 15 février)	365 accouchements	7 acc. gémellaires	
1905	2784	—	32 —
1904	3037	—	47 —

1903	3060 accouchements	47 acc. gémellaires	
1902	2870	—	64 —
1901	2670	—	40 —
1900	2172	—	40 —
1899	2655	—	36 —
1898	2727	—	37 —
1897	2582	—	32 —
1896	2564	—	47 —
Total de 10 ans. . .	27486		429

B. — Étiologie.

On a invoqué, en faveur de la grossesse gémellaire, des causes bien différentes : la latitude, la taille des individus et, enfin, avec plus de certitude, l'hérédité. Nous ne pouvons pas entrer ici dans ces considérations étiologiques, disons seulement que dans une quinzaine d'observations environ, il était fait mention d'antécédents gémellaires personnels ou héréditaires :

Lebel (1) sur 140 cas observés à la Clinique trouve 13 cas d'hérédité manifeste ; il cite un cas particulier où une femme de 24 ans accoucha pour la seconde fois de 2 jumeaux ; sa mère avait eu 2 grossesses doubles et sa grand-mère 3.

M. Pinard a démontré que c'est de 21 à 28 ans, c'est-à-dire à l'âge où l'activité de la vie est la plus déve-

(1) LEBEL, *Thèse*, Paris 1869.

loppée, que les grossesses gémellaires se rencontraient en plus grand nombre, mais M. Bertillon (1) est arrivé à des conclusions différentes et il a montré que la gémellité augmentait avec l'âge de la mère au point que les femmes de 35 à 40 ans ont trois ou quatre fois plus de chance d'avoir des jumeaux que n'en ont les femmes de vingt ans ; et cette conclusion est confirmée par une statistique dressée à Saint-Petersbourg de 1882 à 1892 où nous trouvons pour mille accouchements simples :

Chez des femmes de 16 à 20 ans.	6 acc. gémellaires.
— 21 à 25 —	9,5 —
— 26 à 30 —	14,2 —
— 31 à 35 —	20,3 —
— 36 à 40 —	21,7 —
— 41 à 45 —	15,5 —
— 46 à 50 —	16 —
Moyenne. .	14,7

La gémellité n'est pas influencée par l'âge des pères. Mais le document russe fait connaître en outre le rang de l'accouchement, et ceci nous amène à considérer le rôle très important que joue la *multiparité* dans la production des grossesses gémellaires.

La gémellité augmente avec le nombre des accouchements antérieurs.

Cette seconde influence s'exerce indépendamment de

(1) BERTILLON. *La Gémellité selon l'âge de la mère et le rang chronologique de l'accouchement*. Journ. de la Soc. de Statistique de Paris, 1898.

l'âge, en sorte que parmi les femmes de 21 à 25 ans par exemple, les primipares ont une gémellité 2 fois moindre que les femmes qui en sont à leur quatrième grossesse. Et M. Bertillon, par le tableau suivant emprunté à la statistique de Saint-Petersbourg, nous montre qu'une primipare a 3 ou 4 fois moins de chance de procréer des jumeaux qu'une femme qui en est à sa 9^e ou sa 10^e grossesse.

S'il s'agit :

Du 1^{er} accouch. la production des jumeaux est de 8,1 pour 1000

2 ^e	—	—	9,9	—
3 ^e	—	—	13,4	—
4 ^e	—	—	15	—
5 ^e	—	—	18,7	—
6 ^e	—	—	21,1	—
7 ^e	—	—	21,5	—
8 ^e	—	—	22,3	—
9 ^e	—	—	25,7	—
10 ^e	—	—	27,3	—
des acc. suivants	—	—	27,7	—

Mathew Duncan a émis, au sujet de la production des grossesses gémellaires chez les multipares, un certain nombre de lois.

L'âge moyen des femmes accouchant de jumeaux est plus avancé que celui des mères en général.

Le nombre des jumeaux, relativement au nombre des enfants nés dans les différentes grossesses chez une même femme, augmente avec le nombre des grossesses; en d'autres termes, chaque femme est plus

exposée à avoir des jumeaux dans chaque grossesse successive que dans la précédente. La 1^{re} grossesse, toutefois, fait exception à cette règle: et le tableau suivant, sur lequel Duncan appuie ses conclusions, montre le nombre réel et le nombre comparatif des naissances doubles dans le premier accouchement et dans les suivants :

	Nombre des enfants	Nombre des jumeaux	Rapport pour 100 du 1 ^{er} nombre au dernier
1 ^{er} accouchement	3722	45	1,21
2 ^e —	2893	19	0,66
3 ^e —	2534	24	0,94
4 ^e —	1982	19	0,96
5 ^e —	1543	19	1,23
6 ^e —	1221	18	1,47
7 ^e —	848	17	2,00
8 ^e —	641	14	2,18
9 ^e —	425	14	3,29
10 ^e —	222	3	1,37
11 ^e —	152	2	1,31
12 ^e —	61	3	1,92

Depaul, dans sa clinique, nous montre également la grande fréquence des accouchements gémellaires chez les multipares et il nous signale que, sur 240 grossesses rapportées par Collins, de Dublin, 168 étaient survenues chez des multipares, 72 chez des primipares.

Nous avons trouvé à la Maternité une proportion à peu près semblable. Sur 429 femmes observées, 287 (soit 66,9 par 100) étaient des multipares, 142 (soit 33

pour 100) seulement étaient des primipares, et nous avons trouvé de nombreuses observations de femmes qui, au terme d'une huitième, dixième ou même seizième grossesse (Voir observations) donnaient pour la première fois naissance à des jumeaux, alors que rien, en dehors de la multiparité, ne les y prédisposait.

Le rôle que jouent les dégénérescences, l'état de misère physiologique nous semble également indiscutable, et l'on a signalé souvent chez les peuples pauvres, les Russes et les Irlandais notamment, une plus forte proportion de grossesses gémellaires.

Ajoutons enfin qu'une question encore à l'étude est celle de l'influence des infections et intoxications chroniques (syphilis, tuberculose, saturnisme, etc.) sur la production des grossesses multiples.

M. le Dr Keim (1), dans une communication à la Société d'Obstétrique de Paris, rapportant un cas de grossesse gémellaire chez une hérédo-tuberculeuse, pose nettement la question des rapports de l'hérédo-tuberculose, des malformations et de la gémellité « Certains auteurs, dit-il, comparent la gémellité à la monstruosité, l'une et l'autre étant héréditaires. L'une peut-elle se transformer en l'autre ? » M. Keim ne va pas jusque là, mais ce qu'il affirme, c'est qu'elles sont souvent associées, qu'elles ont une marche paral-

(1) KEIM. *Gémellité et hérédo-tuberculose*. Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, 6 juillet 1899.

lèle, et surtout et avant tout, peuvent évoluer sur un même terrain.

Et M. Bar, intervenant dans la discussion, et s'appuyant sur de nombreuses autopsies de fœtus, ajoute qu'à côté des cas où la gémellité peut être tenue pour accidentelle, de ceux où elle est nettement héréditaire, il en est d'autres dans lesquels la gémellité apparaît comme une malformation, et que la syphilis peut, dans ces cas, être considérée comme une condition étiogénique favorable.

M. Fournier tend à accepter cette conclusion que la gémellité peut être le résultat d'une tare syphilitique, bien qu'elle soit peu fréquente dans les familles des spécifiques.

CHAPITRE II

A. — Du terme de la grossesse.

Tous les auteurs ont insisté sur la fréquence de l'accouchement avant terme dans la grossesse gémellaire, et Tarnier, en particulier, place entre huit mois et huit mois et demi l'époque de l'accouchement. Nos recherches à la Maternité, résumées dans le tableau ci-dessous, nous donnent une proportion de 39 % de grossesses arrivées à terme, un nombre à peu près égal de femmes accouchent dans le cours du 9^e mois.

Années	9 mois.	8 m. 1/2	8 mois.	7 m. 1/2	7 mois.	6 m. 1/2	6 mois.	Avortements
1906	3	3	»	»	»	»	»	1
1905	15	5	4	4	1	1	1	0
1904	17	8	9	1	5	1	2	2
1903	14	11	7	4	4	1	2	3
1902	30	7	15	2	4	0	2	1
1901	20	4	7	6	2	0	0	2
1900	19	6	11	4	0	0	0	1
1899	13	6	4	4	4	2	1	1
1898	14	7	8	1	2	0	2	3
1897	9	5	10	5	2	0	0	1
1896	11	7	18	2	3	3	0	2
	165	70	93	33	27	8	10	17
	39 %	16,5 %	22 %	7,8 %	6 %	1,8 %	2,3 %	3,8 %

Si nous comparons les résultats de nos recherches avec ceux qui ont été publiés dans ces dernières années, nous arrivons à des résultats à peu près concordants.

	Clinique Tarnier. Thèse Jullien.	Clinique Baudelocque. Thèse Monteiro.	Maternité.
9 mois . . .	110	42	165
8 — 1/2 .	144	24	70
8 —	105	35	93
7 — 1/2 .	58	10	33
7 —	24	14	27
6 — 1/2 }		9	8
6 —	13	7	10
Avortements.	10	9	17

Parmi les statisticiens, les uns ont attribué aux primipares, les autres aux multipares le plus grand nombre d'accouchements prématurés, et M. Monteiro, dans une statistique dressée à la clinique Baudelocque tranche le différend, donnant aux primipares une proportion de 83,7 % d'accouchements avant terme, 75 % aux multipares. Nous nous rangeons à cette opinion tout en faisant des réserves sur ces chiffres un peu exagérés à notre avis. Nos recherches personnelles nous ont en effet donné à ce point de vue les résultats suivants :

Date de l'accouchement.	Primipares.	Multipares.
—	—	—
Avortements.	3	14
6 mois	7	4
6 — 1/2	3	4

Date de l'accouchement.	Primipares.	Multipares.
7 mois	13	14
7 — 1/2	9	24
8 —	25	67
8 — 1/2	24	47
9 —	45	119
TOTAL	129	293

La proportion des primipares accouchant avant terme est donc de $\left(\frac{84}{129}\right)$ soit 65 %, celle des multipares $\left(\frac{174}{293}\right)$ de 59 %.

Nous pourrions dire, pour résumer, que dans près de 40 % des cas, l'accouchement gémellaire se fait à terme, dans 40 % des cas dans le cours du dernier mois. Dans 20 % des cas, enfin, l'accouchement se fait longtemps avant terme, accouchement dont les produits vont venir, pour la plupart, grossir notre statistique de la mortalité.

La distension de l'utérus par un œuf de volume anormal est la cause principale de ces accouchements prématurés, mais d'autres causes, communes avec celles de l'accouchement prématuré simple, doivent encore intervenir ici, et nous pourrions citer l'exagération de la quantité du liquide amniotique, la rupture prématurée des membranes, plus rarement le placenta praevia, et exceptionnellement ici, la grande cause des accouchements prématurés, la syphilis; nous n'avons trouvé dans aucune observation d'accouchement gémel-

laire prématuré, mention de cette redoutable et pourtant si fréquente maladie, qu'on n'a d'ailleurs pas recherchée d'une façon systématique.

Cependant MM. Maygrier et Demelin (1), recherchant les causes de l'avortement gémellaire, trouvèrent 2 fois sur 15 la syphilis chez les parents ; mais ils ont surtout insisté sur le rôle important que joue ici l'hydramnios précocé. « Dans l'hydramnios chronique, le liquide s'accroît lentement et ce n'est qu'à une époque avancée de la grossesse que la complication est constatée par le médecin ; ici, l'hydropisie du liquide amniotique se fait de bonne heure, dès le 3^me mois, et augmente très rapidement. Au bout de 10 à 15 jours après l'apparition de cet hydramnios, l'utérus ne pouvant subir une distension plus grande se révolte, et des contractions utérines surviennent qui rendent l'avortement inévitable... Dans quelques cas très rares, on a pu invoquer la syphilis, dans les autres, le rôle principal doit être attribué à certaines conditions indéterminées de la circulation fœto placentaire. »

MM. Maygrier et Demelin ont trouvé, sur 10 avortements gémellaires, 7 fois de l'hydramnios.

(1) MAYGRIER et DEMELIN, *Étude clinique sur l'avortement multiple*. Archives de Tocologie, Février 1892.

B. — Des présentations.

M. le Professeur Budin, dans ses cliniques, et M. Lamiot, dans sa thèse, distinguent 3 variétés dans la situation relative des œufs et des fœtus.

Dans la première, les 2 fœtus sont placés l'un à côté de l'autre, l'un à droite, l'autre à gauche, et c'est cette attitude que nous trouvons dans la presque unanimité des cas.

Dans une seconde variété, les 2 fœtus sont placés l'un au-dessus de l'autre, l'un occupe le fond de l'utérus, l'autre son segment inférieur ; deux observations font mention de cette attitude.

Dans une troisième variété, enfin, les deux fœtus sont placés l'un au devant de l'autre, l'un occupant la partie antérieure, l'autre la partie postérieure de l'utérus ; nous n'avons pas trouvé à la Maternité d'observation relatant cette position.

Voyons maintenant chez la femme arrivée au terme de sa grossesse, quelle est la région du fœtus qui va se placer la première au détroit supérieur ; quelles sont, en un mot, les présentations les plus fréquentes.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que la grossesse gémellaire est cause de présentations vicieuses, et les résultats que nous avons obtenus ne font que confirmer cette opinion.

Sur un total de 415 accouchements, nous avons trouvé :

2 sommets	dans 159 cas,	soit 38 %.
1 sommet, 1 siège . . .	— 123 —	— 29,5 —
1 siège, 1 sommet . . .	— 42 —	— 10 —
2 sièges	— 37 —	— 8,9 —
1 sommet, 1 épaule . . .	— 25 —	— 6 —
1 siège, 1 épaule . . .	— 11 —	— 2,6 —
1 sommet, 1 face . . .	— 4 —	— 0,9 —
1 face, 1 sommet . . .	— 1 —	— 0,2 —
1 siège, 1 face	— 2 —	— 0,4 —
1 épaule, 1 sommet . . .	— 2 —	— 0,4 —
1 épaule, 1 siège . . .	— 4 —	— 0,9 —
2 épaules	— 3 —	— 0,7 —

Cette statistique est donc d'un pronostic particulièrement sombre ; mais si nous comparons nos résultats à ceux qui ont été obtenus avant nous, nous devons nous montrer plus optimistes.

	Cazeaux.	Depaul.	Kleinvachter.	Maternité.
2 sommets	47 %	46,7 %	49 %	38 %
2 sièges	11 —	10,9 —	7 —	8,9 —
1 sommet, 1 siège . . .	40 —	33,5 —	33,5 —	39,5 —
1 siège, 1 épaule . . .	0,4 —	1,4 —	3 —	2,6 —
1 sommet, 1 épaule . . .	0,4 —	5 —	7 —	6,4 —
1 face, 1 sommet . . .	0,4 —	2 —	0 —	1,1 —
2 épaules	0 —	0,7 —	0,3 —	0,7 —

Nous verrons, à propos des accidents et des interventions, les raisons qui ont motivé de pareilles différences.

A. — PRÉSENTATION DU SOMMET.

La présentation la plus commune et la plus heureuse est celle où s'associent les deux sommets. Nous comptons, sur 415 accouchements, 159 cas de cette variété. Dans 197 autres cas, nous trouvons un sommet associé à un siège, plus rarement à une épaule, plus rarement encore à une face.

Si maintenant nous examinons la fréquence de la présentation du sommet, nous en trouverons 515 cas sur 415 accouchements gémellaires, c'est-à-dire sur 830 présentations, soit un peu plus de 61,3 %.

Or, dans l'accouchement simple, la proportion des présentations du sommet, la présentation eutocique par excellence, s'élève au chiffre de 91 à 95 %.

Le pronostic de la présentation du sommet dans l'accouchement gémellaire est moins favorable que dans l'accouchement simple, en raison de la longueur du travail et des interventions plus nombreuses; la mortalité des enfants est ici de 9 % au lieu de 1, et la morbidité est relativement considérable chez les mères, à la faveur d'affections intercurrentes.

B. — PRÉSENTATION DU SIÈGE.

La présentation de deux sièges est relativement rare (37 cas), mais nous allons trouver beaucoup plus

fréquemment le siège associé à un sommet, beaucoup plus rarement à une épaule ou à une face.

Si nous recherchons, comme nous venons de le faire pour le sommet, la fréquence des présentations du siège, nous en trouverons un total de 256 sur 830 présentations, soit une proportion de 30,8 % au lieu de 3,3 comme dans l'accouchement simple.

Nous ne pensons pas que cette différence, pourtant considérable, doive assombrir beaucoup le pronostic de l'accouchement gémellaire. Bien que la durée du travail soit plus longue, que l'expulsion se fasse rarement seule, bien que l'enfant soit plus exposé par compression du cordon ou par des mouvements inspiratoires prématurés que dans la présentation du sommet, le pronostic de l'accouchement par le siège sera en somme favorable, et la proportion de la mortalité des enfants, qui est ici de 12 %, est à peine plus élevée que dans la présentation du sommet.

C. — PRÉSENTATION DE LA FACE.

La présentation de la face est la plus rare ; nous n'en avons trouvé que 7 cas, soit une moyenne de 0,84 % dans toutes nos observations, et encore cette proportion est-elle supérieure à celle indiquée par les différents auteurs. Ajoutons que la présentation de la face est à peine plus fréquente ici que dans la gros-

sesse simple, où on l'observe en moyenne une fois sur 250 accouchements.

Le pronostic ici doit être réservé, car une intervention est souvent nécessaire ; dans nos 7 observations, en effet, l'accoucheur dut employer une fois le forceps, deux fois la version par manœuvres internes. Sur les 7 enfants, 5 furent reconnus en bon état, un seul mourut quelques heures après sa naissance, un dernier était mort et macéré.

Pour la mère, le pronostic est celui de l'intervention, et nous n'avons observé que deux fois des suites de couches pathologiques.

D. — PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE.

Cette présentation, dystocique entre toutes, s'observe assez fréquemment dans les accouchements gémellaires, et nous avons pu en recueillir 45 observations sur 830 présentations. Sur ces 45 accouchements, trois fois seulement les deux fœtus se sont présentés tous deux par l'épaule ; le plus souvent cette présentation est associée à un sommet (27 cas), plus rarement à un siège (15 cas).

Ajoutons que dans la presque unanimité des cas, c'est le second enfant qui, ne pouvant s'engager qu'après l'expulsion du premier, va adopter cette attitude vicieuse.

Nous trouverons donc une présentation de l'épaule dans 5,7 % des cas, alors que, dans l'accouchement simple, cette proportion n'est que de 1,2 %; et c'est cette fréquence de l'accouchement par l'épaule au terme de la grossesse gémellaire qui va contribuer à en assombrir le pronostic. En effet, comme nous allons le voir, la présentation de l'épaule nécessite le plus souvent une intervention, intervention qui sera d'autant plus funeste qu'elle sera plus tardive, et le cas se présente assez fréquemment à la Maternité où la femme, après un premier accouchement fait en ville, nous est envoyée en pleine période de travail par une sage-femme ou un médecin incapables de mener à bien le second accouchement.

Quel sera le pronostic que nous devons porter pour une telle présentation ? Trois modes de terminaison s'offrent à nous. Le premier, le seul naturel, est l'évolution spontanée, mais nous ne l'avons trouvé que dans neuf observations ; car, pour que cette évolution spontanée puisse s'accomplir, il faut le concours de plusieurs conditions favorables : enfant petit, bassin large, contractions utérines énergiques et rapprochées ; or jamais, dans nos observations, le fœtus, qui avait ainsi évolué, n'avait dépassé le terme de 7 mois. Bien que cette terminaison soit naturelle, la mort de l'enfant en est la conséquence presque fatale et nous l'avons constatée 7 fois sur 9. Quant au pronostic maternel, il est également défavorable. Dans

5 cas, les suites de couches furent pathologiques.

Ainsi donc, presque toujours, la présentation de l'épaule nécessite une intervention; 5 fois seulement on put intervenir assez tôt pour pratiquer et réussir la version par manœuvres externes qui donna 3 enfants vivants, sans aucune complication du côté maternel. Dans 33 cas, on dut faire la version par manœuvres internes ou mixtes qui donna 12 enfants morts et pour les mères 4 fois des suites de couches pathologiques. Remarquons cependant que la présentation de l'épaule, au terme de la grossesse gémellaire, est plus favorable qu'au terme de la grossesse simple, en raison du faible volume des enfants, de la distension de l'utérus et de la rupture de la poche des eaux, le plus souvent au temps d'élection.

CHAPITRE III

DE L'ACCOUCHEMENT PROPREMENT DIT

L'accouchement gémellaire peut être envisagé comme une succession de deux accouchements successifs, présentant les mêmes phases : dilatation de l'orifice cervical, formation de la poche des eaux et sa rupture, et phénomènes mécaniques. Les deux fœtus, en effet, se présentent successivement au détroit supérieur et s'engagent l'un après l'autre dans la filière pelvienne. Ce n'est qu'exceptionnellement que les deux fœtus, s'engageant simultanément, créent un genre de dystocie tout spécial à la grossesse gémellaire et que nous étudierons dans un des chapitres suivants.

Nous nous occuperons uniquement ici du cas le plus général où l'engagement des deux fœtus est successif.

A. — De la durée du travail.

Envisageons d'abord la durée du travail dans sa totalité, c'est-à-dire le temps qui va s'écouler depuis

l'apparition des premières douleurs jusqu'après la naissance du second enfant.

Nous avons trouvé des renseignements à ce sujet dans 402 observations et nous avons pu fixer à 12 h. $1/4$ en moyenne la durée approximative du travail. Or la durée du travail dans l'accouchement simple est en moyenne de 9 à 11 heures, chiffre tout naturellement inférieur à celui que nous avons obtenu, puisqu'il ne s'agit que d'un accouchement. Cependant, si nous défalquons du chiffre de 12 h. $1/4$ les 39 minutes qui, comme nous le verrons plus loin, marquent la moyenne de l'intervalle entre les deux accouchements, nous obtiendrons, entre les premières douleurs et l'expulsion du premier enfant, une durée de travail de 11 h. $1/2$, encore bien supérieure à celle de l'accouchement simple ; et c'est l'opinion que soutenait le professeur Tarnier (1), qui dit : « La durée du travail peut être aussi courte que dans l'accouchement unipare, mais c'est un fait exceptionnel ; elle est en général plus longue, et il n'est pas étonnant qu'il en soit ainsi. La période de dilatation et la période d'expulsion sont toutes deux prolongées de façon anormale.

a) *La dilatation* s'effectue plus difficilement pour les raisons suivantes :

1° La distension de l'utérus étant excessive, ses contractions sont plus faibles ;

(1) TARNIER. Chantreuil, *Traité d'accouchements*, t. I, p. 720.

2° Le travail débutant le plus souvent avant le terme de la grossesse, les modifications du col sont incomplètes et la résistance qu'il oppose à l'action des fibres du corps est plus considérable.

b. La période d'expulsion est aussi plus lente pour le premier enfant que dans l'accouchement simple. Il semblerait tout d'abord qu'il dût en être autrement et que le fœtus, d'un volume ordinairement médiocre dans les grossesses doubles, dût être chassé rapidement. Mais la présence du second œuf dans la matrice est une cause de déperdition des forces destinées à l'expulsion du premier enfant, car l'effet des contractions utérines se dissémine et se perd en partie sur celui des deux jumeaux qui n'est pas en rapport avec les ouvertures du bassin. Dès lors, on comprend sans peine que l'intensité des contractions utérines finisse par s'affaiblir et que le travail languisse.

Les phénomènes mécaniques s'effectuent pendant le travail de la même façon que s'il s'agissait d'une grossesse unipare..... »

M. Monteiro, dans sa Thèse, est arrivé à des conclusions opposées. Il a trouvé que la durée totale du travail pour le premier fœtus est sensiblement la même que dans l'accouchement simple. Les résultats que nous avons obtenus ne nous permettent pas de nous ranger à son avis.

Comme pour l'accouchement simple, il convient de distinguer, au point de vue de la durée du travail, les

multipares et les primipares, les différentes périodes de l'accouchement étant chez celles-ci sensiblement plus longues. Nous avons pu observer chez 131 primipares la durée totale du travail depuis l'apparition des premières douleurs jusqu'à la naissance du second enfant. La durée minima du travail fut de 2 heures, la durée maxima de 3 jours, mais dans un cas seulement. Ajoutons que la moyenne de la durée du travail est de 14 h. 1/2, alors qu'elle n'est que de 12 heures dans l'accouchement simple.

De 1 à 5 heures	De 5 à 10 h.	De 10 à 15 h.	De 15 à 20 h.	De 20 à 30 h.	De 30 à 40 h.	Au-dessus de 40 h.
22 cas. 16,6 %	42 cas. 31,9 %	34 cas. 25,7 %	10 cas. 7,5 %	8 cas. 6 %	8 cas. 6,8 %	7 cas. 5,3 %

Chez 271 multipares observées, la durée minima du travail a été de 1 heure, la durée maxima de 72 heures.

La durée moyenne est de 10 heures (au lieu de 6 heures dans l'accouchement simple).

De 1 à 5 heures	De 5 à 10 h.	De 10 à 15 h.	De 15 à 20 h.	De 20 à 30 h.	De 30 à 40 h.	Au-dessus de 40 h.
112 cas. 41 %	71 cas. 26 %	38 cas. 14,7 %	17 cas. 6,2 %	15 cas. 5,5 %	6 cas. 2,2 %	7 cas. 2,3 %

Si maintenant nous envisageons la durée du travail dans les trois grandes catégories de présentations, nous voyons que le sommet est ici encore le plus favorisé.

Durée du travail dans la présentation de 2 sommets.	{	Primipares. . . .	18 heures.
		Multipares. . . .	10 — 1/2.

Dans la présentation du sommet et du siège ou du siège et du sommet.	{	Primipares. . . .	19 heures.
		Multipares. . . .	11 — 1/2.

Dans la présentation de 2 sièges.	{	Primipares. . . .	23 heures.
		Multipares. . . .	12 — 1/2.

Pour les présentations de l'épaule et de la face, la durée du travail varie avec le moment de l'intervention; — l'évolution spontanée se faisant toujours avant terme, il n'y a pas lieu d'en tenir compte ici.

B. — Durée de la période de dilatation.

Si nous envisageons maintenant le travail, non plus dans son ensemble, mais dans ses différentes manifestations, nous serons toujours conduits aux mêmes résultats.

La période de dilatation, calculée depuis l'apparition des premières douleurs jusqu'à la dilatation complète, sera ici encore plus longue chez la primipare que chez la multipare, plus longue dans l'accouchement gémellaire que dans l'accouchement simple.

Chez 123 primipares observées, la période de dilatation a duré en moyenne 12 heures.

De 1 à 5 heures	De 5 à 10 h.	De 10 à 15 h.	De 15 à 20 h.	De 20 à 30 h.	De 30 à 40 h.	Au-dessus de 40 h.
35 cas.	25 cas.	27 cas.	12 cas.	11 cas.	7 cas.	5 cas.
28 %	20 %	22 %	9,7 %	8,9 %	5,6 %	4 %

Chez 258 multipares observées, la durée de la période de dilatation fut en moyenne de 7 h. 3/4.

De 1 à 5 heures	De 5 à 10 h.	De 10 à 15 h.	De 15 à 20 h.	De 20 à 30 h.	De 30 à 40 h.	Au-dessus de 40 h.
111 cas.	69 cas.	30 cas.	15 cas.	12 cas.	3 cas.	6 cas.
43 %	27 %	12 %	5,9 %	4,7 %	1 %	2 %

DE LA RUPTURE DES MEMBRANES.

Au voisinage de la dilatation complète, nous allons assister au phénomène de la rupture de la poche des eaux.

Ce phénomène se répète le plus souvent deux fois au cours de l'accouchement gémellaire, car les fœtus sont rarement inclus dans une poche unique.

Sur 358 cas observés, la rupture de la poche des eaux ne se produisit que 189 fois à la dilatation complète; dans 90 cas elle se produisit pendant le travail ou au début du travail, dans 26 cas elle dût être produite artificiellement. Nous avons trouvé, de plus, 53 observations faisant mention d'une rupture prématurée des membranes, et cette constatation nous expliquera en partie la fréquence des présentations

vicieuses, des suites de couches pathologiques dans l'accouchement gémellaire.

L'étude de la rupture de la seconde poche des eaux ne nous retiendra pas longtemps, car elle est presque toujours produite artificiellement après l'accouchement du premier enfant.

C. — Durée de la période d'expulsion du premier enfant.

Une fois que la partie qui se présente a franchi l'orifice utérin, la période d'expulsion va commencer. Comme dans l'accouchement simple, elle est beaucoup plus courte que la période de dilatation, elle varie de 5 à 30 minutes et ne dépasse pas 1 heure dans la grande majorité des cas ; dans un seul cas elle atteint 8 heures, et encore dut-on terminer l'accouchement par une application de forceps.

Nos recherches sur la durée de la période d'expulsion chez 121 primipares et 272 multipares nous ont donné les résultats suivants :

Durée de la période d'expulsion.	Primipares.	Multipares.
5 minutes au moins.	26 cas soit 21,5 %	91 cas soit 33,8 %
10 —	9 — 7,4 —	38 — 13,9 —
15 —	16 — 13 —	39 — 14,3 —
20 —	5 — 4,6 —	16 — 5,9 —

Durée de la période d'expulsion.	Primipares.	Multipares.
21 à 30 minutes.	19 cas soit 15,6 %	28 cas soit 10 %
31 à 40 —	9 — 7,4 —	11 — 4 —
41 à 50 —	9 — 7,4 —	17 — 6 —
51 à 1 heure.	5 — 4 —	10 — 3,6 —
1 heure à 1 h. 1/4.	9 — 7,4 —	6 — 1,9 —
1 h. 1/4 à 1 h. 1/2.	5 — 4 —	5 — 1,8 —
1 h. 1/2 à 2 heures.	5 — 4 —	3 — 1 —
2 h. 5' à 3 —	2 — 1,6 —	6 — 1,9 —
3 h. 5' à 4 —	1 — 0,8 —	1 — 0,2 —
4 h. 5' à 6 —	0 — 0 —	1 — 0,3 —
8 h. 20.	1 — 0,8 —	0 — 0 —

La moyenne qui se déduit de tous ces chiffres est de 38 minutes pour les primipares, de 25 minutes pour les multipares ; et ici encore nous allons trouver une différence notable avec l'accouchement simple dont la période d'expulsion ne dépasse pas 30 minutes chez les primipares et 15 minutes seulement chez les multipares.

D. — De l'intervalle entre les deux accouchements.

Lorsque le premier enfant est né, le second est habituellement expulsé au bout d'un temps relativement court ; en effet, 5 à 10 minutes après le premier accouchement, la femme éprouve à nouveau des contractions utérines douloureuses et le second fœtus s'engage immédiatement.

Il n'y a pas lieu de distinguer ici les primipares et les multipares, l'intervalle entre les deux accouchements étant sensiblement le même chez les unes et chez les autres. La durée de cet intervalle est, d'après nos recherches, de 39 minutes en moyenne, mais ce n'est là qu'une moyenne, car quelques cas anormaux ont contribué à rendre ce chiffre un peu trop élevé. En réalité, le plus souvent, l'intervalle entre les 2 accouchements ne dépasse pas 30 minutes ; dans une quinzaine de cas même il fut presque nul, les observateurs n'ayant pas noté une heure différente pour chacun des deux accouchements.

Nous avons pu recueillir des renseignements à ce sujet dans 340 observations et nous avons noté un intervalle de :

5 minutes (ou moins) . .	dans 47 cas,	soit 13,8 %.
10 —	— 79 —	— 23 —
15 —	— 73 —	— 21,5 —
20 —	— 31 —	— 9 —
20 à 30 minutes	— 59 —	— 17,3 —
30 à 40 —	— 17 —	— 5 —
40 à 50 —	— 8 —	— 2,3 —
50 minutes à 1 heure . .	— 10 —	— 2,9 —
1 heure à 1 h. 1/4 . . .	— 1 —	— 0,29 —
1 h. 1/4 à 1 h. 1/2 . . .	— 2 —	— 0,58 —
1 h. 1/2 à 2 heures . . .	— 4 —	— 1 —
3 heures	— 2 —	— 0,58 —
3 h. 1/2	— 1 —	— 0,29 —
4 h. 1/2	— 1 —	— 0,29 —
5 h. 1/2	— 1 —	— 0,29 —

8 heures	dans 1 cas,	soit 0,29 ‰
13 —	— 1 —	— 0,29 —
20 —	— 1 —	— 0,29 —
27 —	— 1 —	— 0,29 —

Nous avons donc observé 9 cas où le second fœtus fut expulsé plus de 3 heures après le premier, mais dans 2 cas seulement nous trouvons 1 accouchement naturel d'un enfant vivant. Au cours des 7 autres nous pouvons noter 2 versions par manœuvres internes, une application de forceps, 1 cas d'éclampsie ; 3 fois le col de l'utérus se referma devant un second fœtus mort, dans 1 cas enfin le premier fœtus mort et momifié avait été expulsé à travers un orifice incomplètement dilaté.

M. Monteiro, dans 147 observations, n'a pas trouvé entre les deux accouchements d'intervalle supérieur à 7 h. 1/2, Tarnier à 12 heures, mais Aubel (1) a cité des cas où le second fœtus fut expulsé 6 jours après le premier, Briot (2) 11 jours. Quant à nous, l'intervalle maximum que nous avons pu observer entre 2 accouchements a été de 27 heures (voir observations), une version par manœuvres internes termina le second accouchement.

(1) AUBEL. *Grossesse gémellaire avec long intervalle entre les deux accouchements*. An. Chirurg. Bruxelles 1902 IX.

(2) BRIOT. *Grossesse gémellaire avec long intervalle entre les deux accouchements*. Lyon Médical, 19 décembre 1897.

CHAPITRE IV

DE LA DÉLIVRANCE

A. — Délivrance proprement dite.

Lorsqu'il n'y a qu'une seule masse placentaire, la délivrance se fait forcément en un seul temps après l'accouchement du second enfant. Lorsqu'il y a deux placentas, il en est de même dans la presque unanimité des cas, et nous n'avons pu trouver que 9 observations où l'on signalait l'expulsion d'un premier placenta avant la naissance du second enfant.

M. Monteiro n'a relevé ce fait que deux fois au cours de 164 accouchements, et il ajoute que c'est dans ces cas exceptionnels qu'on peut voir la grossesse continuer à évoluer pour un seul des fœtus.

C'est au bout d'un temps variant entre 15 et 30 minutes que nous allons voir se faire la délivrance presque toujours naturelle, comme dans l'accouchement simple ; les accidents et interventions ne sont cependant pas rares, comme nous le verrons dans un des chapitres suivants.

Le poids du placenta gémeilaire à terme ou près du terme, varie entre les limites extrêmes de 600 à 1.150 grammes et nous avons trouvé pour 100 placentas pris au hasard dans nos observations, un poids moyen de 745 grammes au lieu de 500, poids du placenta ordinaire.

Mais si nous comparons le poids du placenta avec le poids de l'enfant dans les accouchements simples et multiples, nous allons trouver un rapport à peu près semblable, soit :

$$\frac{500}{3250} = 0,18 \quad \frac{750}{2318 \times 2} = 0,17$$

B. — Examen du placenta.

On observe, dans la grossesse gémeilaire, différentes dispositions du placenta et des membranes, et c'est d'après leur examen que nous distinguerons les grossesses univitelline et bivitelline.

A. — GROSSESSE UNIVITELLINE.

La grossesse univitelline est due à la fécondation d'un ovule à deux vésicules germinatives ; elle ne nous présentera, au moment de la délivrance qu'une seule masse placentaire et, suivant les cas, une ou deux

poches constituant une seule cavité amniotique commune aux deux fœtus ou deux cavités distinctes.

Sur 310 observations où nous avons pu recueillir à ce sujet des renseignements, nous n'avons noté que 118 fois un placenta unique (soit 38 % des cas), et encore les deux fœtus sont-ils le plus souvent séparés par une cloison, presque toujours constituée simplement par un double feuillet amniotique ; dans 12 cas seulement, les jumeaux étaient contenus dans une même cavité, baignant dans le même liquide et étaient reliés tous deux par leur cordon respectif à un placenta unique. On a signalé, dans quelques cas de grossesse univitteline, un cordon commun partant du placenta pour se diviser peu après en deux tiges allant chacune à l'ombilic d'un fœtus ; nous n'avons pas trouvé, dans nos observations, d'exemple d'une telle disposition d'ailleurs exceptionnelle.

B. — GROSSESSE BIVITELLINE.

Beaucoup plus fréquentes sont les grossesses bivittelines, résultant de la fécondation de deux ovules distincts. Nous trouverons presque toujours, dans ce cas, deux masses placentaires et deux poches membraneuses enveloppant chacun des deux fœtus dans une cavité propre.

Sur 310 observations de grossesses gémellaires, nous

avons noté 192 fois (soit 62% des cas) pareille disposition, mais ici encore deux cas sont à considérer : le plus fréquemment en effet (147 fois sur 192) les deux masses placentaires sont au contact l'une de l'autre ; unies par un pont membraneux, elles semblent former une masse unique, mais ce n'est là qu'une apparence, les deux circulations étant toujours absolument distinctes.

Dans 45 cas seulement nous avons trouvé les placentas complètement séparés et libres de toute adhérence membraneuse. Dans 3 cas enfin, le second fœtus macéré fut expulsé en entier avec le placenta du premier enfant.

MM. Bar et Eleuterescu, de Bucharest, qui ont étudié particulièrement la grossesse gémellaire univitelline, ont trouvé, sur 43 observations, 13 grossesses univitellines, 30 bivitellines dont les placentas étaient séparés 17 fois ; ils ajoutent que la différence de poids entre les jumeaux est ordinairement plus grande dans la grossesse univitelline que dans la grossesse bivitelline.

M. le Professeur Budin (1) décrit dans ses cliniques une disposition particulière du ou des placentas, lorsque les deux fœtus se sont trouvés superposés pendant la grossesse dans la cavité utérine. « Lorsqu'il n'y a qu'un seul placenta, on pourrait croire au premier abord qu'il n'existe qu'une seule cavité am-

(1) BUDIN. *Leçons de clinique obstétricale*. Paris 1889, page 336.

niotique ; en effet, on ne voit à l'extérieur qu'une seule poche formée par les membranes et le placenta et qu'un orifice. Mais si, en écartant les bords de cet orifice, on regarde dans l'intérieur de l'œuf, on constate qu'en réalité la cavité est double ; à une certaine distance il existe une cloison transversale. Cette cloison est plus ou moins perpendiculaire à la surface fœtale du placenta qui est divisé en deux parties à peu près égales. On a donc ainsi deux cavités superposées. Le premier fœtus est expulsé, la cloison s'est abaissée, elle a rempli le vide laissé par la sortie du premier enfant, puis est venue s'appliquer sur le segment inférieur de l'utérus et a formé au niveau de l'orifice utérin une nouvelle poche des eaux qui a été rompue à travers la première ouverture. Le second fœtus a donc traversé successivement la cloison, la cavité devenue virtuelle qui avait contenu le premier enfant et l'ouverture qui existait extérieurement sur les membranes.

» Parfois il y a deux placentas... Sur la surface extérieure d'une grande poche unique en apparence, on voit deux placentas, l'un situé à la partie inférieure arrive près de l'ouverture qui a livré passage au fœtus, l'autre occupe la partie supérieure. En écartant les bords de l'orifice on voit que le cordon du premier enfant, facile à reconnaître parce qu'il a été lié, s'insère sur le placenta inférieur. Au dessus on a trouvé une cloison perforée à son centre, cloison qui s'abaisse légèrement,

fait saillie dans la cavité inférieure et présente une ouverture médiane par laquelle passe le cordon du second fœtus, le cordon n'a pas de ligature et il va s'insérer sur le placenta supérieur, on voit donc nettement les deux poches superposées, séparées par une cloison ». Nous avons trouvé dans 2 observations la mention de pareilles dispositions : dans un des cas le placenta était unique, dans l'autre il était double.

Ajoutons que, dans 6 observations, nous avons trouvé mention d'une disposition particulière sur laquelle a également insisté M. le professeur Budin (1). « Au premier abord, il semble n'exister qu'un œuf, il y a une grande poche formée par les membranes, mais on voit sur sa périphérie deux masses placentaires distinctes. En regardant par l'orifice unique qui existe sur les membranes, on trouve une première cavité dans laquelle on trouve un cordon se rendant au premier placenta, on voit en outre un second orifice sur une cloison membraneuse, et par cet orifice on entre dans une seconde poche où se trouve un autre cordon allant s'insérer au second placenta. On peut donc croire au premier abord à une poche unique, mais dans la première poche s'en trouve une seconde. Chacune des deux poches contient un fœtus... ».

M. Budin, pour expliquer cette disposition, admet l'hypothèse d'une superfœtation ; l'œuf B se développe

(1) BUDIN, *Obstétrique et Gynécologie*, Paris 1886, page 485.

le premier dans la cavité utérine, l'œuf A, qui n'y arrive qu'un peu plus tard, doit, pour s'agrandir, empiéter peu à peu sur le précédent, il s'insinue entre lui et la paroi utérine, il le recouvre et finit par l'envelopper complètement. Dans presque tous les cas, en effet, le fœtus le plus gros et le mieux développé est né le second et nous avons trouvé pour chaque accouchement les poids respectifs de :

3200	2700	2020	2750	1950
3450	2900	2200	2750	1850

CHAPITRE V

DES NOUVEAU-NÉS

A. — Sexe.

Les deux enfants issus d'un accouchement gémellaire sont le plus souvent du même sexe. M. Bertillon attribue aux couples unisexués les $\frac{2}{3}$ du nombre total et nous allons retrouver cette proportion dans l'unanimité des statistiques.

Si nous empruntons aux cliniques de Depaul les résultats de différents auteurs nous pourrions dresser le tableau suivant :

Clarke sur 184 observations indique 47 f. 2 garçons 68 f. 2 filles 71 f. des sexes différents							
Collins	240	—	73	—	67	—	97
Baillarger	256	—	100	—	58	—	98
Lever	33	—	11	—	11	—	11
Ramsbotham	536	—	171	—	183	—	182
Depaul	184	—	46	—	50	—	40

Ajoutons que Veit, en Prusse, sur 149.964 accouchements gémellaires a trouvé 49,692 fois 2 garçons,

45.933 fois 2 filles, et 54.339 fois des enfants de sexe différent. Nos recherches à la maternité nous ont donné des résultats à peu près semblables.

Sur 409 observations nous avons trouvé :

2 enfants de sexe masculin	138 fois,	soit 33,7 %.
— — féminin	135 —	33 —
— — différent	136 —	33,2 —

Ce qui nous donne un total de 406 filles et 412 garçons. Cette proportion de 2/3 en faveur des couples unisexués s'explique très facilement. Nous avons vu que dans 1/3 des cas à peu près, la grossesse était univitelline ; or la grossesse univitelline ne produit jamais que des enfants de même sexe.

Pour les 2/3 restants, c'est-à-dire pour les grossesses bivitellines, nous avons noté sur 173 observations, 86 couples unisexués, 87 couples de sexe différent. Nous pouvons donc dire que les couples unisexués se trouveront dans tous les cas de grossesses univitellines et dans la moitié des cas de grossesses bivitellines.

B. — Poids.

Le poids et le volume des jumeaux sont, dans la presque unanimité des cas, au-dessous de la moyenne, mais nous ne croyons pas qu'il faille attribuer uniquement à la fréquence des accouchements avant terme

cette faiblesse de constitution. Recherchant en effet le poids moyen des nouveau-nés sans distinction d'âge ni de sexe, nous trouvons le chiffre de 2.318 gr., mais si nous ne considérons que les nouveau-nés à terme, nous arrivons au chiffre de 2.648 gr. au lieu de 3.250, qui est le poids normal. Ce n'est que très rarement, à peine une fois sur 25, chez des multipares à terme, que nous verrons le poids d'un des jumeaux, quelquefois des deux, atteindre ou dépasser 3 k. Deux fois seulement nous vîmes un des enfants atteindre le poids, de 3.700 gr.

La différence de poids entre les deux jumeaux est très variable, elle s'élève en moyenne à 282 gr. et la plus grande différence que nous ayons pu constater sur 391 observations, fut de 4.530 gr.

Depaul, dans ses leçons cliniques, avait noté, sur 104 accouchements gémellaires observés, 24 cas où la différence de poids atteignait 500 gr. Pour 8 d'entre eux, la différence fut de 750, 800, 820, 850, 950, 1.020, 1.200, 1.400. Nos recherches à la Maternité peuvent se résumer dans le tableau suivant.

Sur 391 cas observés, on note :

Différence de poids nulle ou inférieure à 100 gr.	93 cas.
— de 100 à 200 gr. . . .	86 —
— de 200 à 400 gr. . . .	106 —
— de 400 à 600 gr. . . .	51 —
— de 600 à 800 gr. . . .	34 —
— de 800 à 1000 gr. . . .	15 —
— supér. à 1000 gr. . . .	7 —

On a dit souvent que la différence de poids entre les deux jumeaux était en faveur du premier né, l'enfant le plus lourd s'engageant le premier au détroit supérieur. En réalité nous n'avons trouvé que 163 cas sur 391 pour venir à l'appui de cette opinion, dans les 228 autres le second enfant étant de poids supérieur ou tout au moins égal au poids du premier.

C. — De l'état des enfants.

Sur 818 enfants issus d'accouchements gémellaires, nous avons trouvé 86 mort-nés, sur lesquels 46 étaient issus de primipares, 40 de multipares, ce qui, étant donné le nombre relativement restreint de primipares, nous donne, chez ceux-ci, une mortalité infantile de 15 %, de 8 % chez ceux-là. Ajoutons que dans 11 observations les deux fœtus étaient macérés, dans 14 cas seulement un seul fœtus mort et macéré accompagnait un enfant vivant.

De plus, 162 enfants sont nés en état de faiblesse congénitale ayant nécessité la mise en couveuse; 85 étaient issus de multipares (soit une proportion de 15 %), 77 de primipares (soit une proportion de 29 %). Sur ces 162 enfants, 47, dont 25 issus de multipares (soit 4 %) et 22 de primipares (soit 8 %), sont morts dans un intervalle variant de 1 heure à 4 heures après leur naissance. Il nous faut encore ajouter à cette liste

déjà trop longue deux enfants qui, ayant été reconnus en bon état à leur naissance, sont morts peu après pour une cause inconnue.

La mortalité infantile, au cours de l'accouchement gémellaire, s'élève donc au chiffre suivant :

Enfants issus de	{	Primipares, 264	{	Morts à la naissance, 46	{	Soit 23 %
				Morts après naissance, 22		
	{	Multipares, 554	{	Morts à la naissance, 40	{	Soit 12 %
				Morts après naissance, 25		

M. Lepage insiste sur cette différence de la mortalité infantile chez les primipares et les multipares, et une statistique dressée dans son service lui a donné une proportion à peu près semblable à celle de la Maternité. Sur 18 jumeaux issus de primipares, 10 seulement ont survécu ; sur 38 jumeaux issus de multipares, 4 seulement sont morts.

Ces chiffres sont heureusement inférieurs à ceux que donnait Depaul qui, sur 140 observations, trouva deux fois deux fœtus morts et macérés, une fois un fœtus mort-né et 44 fois des enfants morts peu après leur naissance de faiblesse congénitale, soit à peu près 1 enfant mort sur 3.

Riecke donne également le chiffre de 1 mort sur 3 au terme de l'accouchement gémellaire. Nous trouvons, par contre, à l'hôpital de la Clinique (Thèse Jullien) une mortalité infantile de 15 % seulement, et le professeur Tarnier était plus optimiste encore, puisque, rapportant une statistique de Clarke, où la mor-

talité infantile était de 1 sur 20 dans les naissances simples et de 1 sur 13 dans les naissances gémellaires, il ajoute : « Ces chiffres nous paraissent trop élevés d'une façon absolue, mais ce qui reste vrai, c'est la différence de mortalité dans les deux cas. »

C'est à l'accouchement avant terme que nous devons surtout attribuer la cause d'une mortalité si considérable, et la preuve nous en est fournie par la différence de mortalité chez les primipares et les multipares, lesquelles accouchent plus fréquemment près du terme ; mais nous devons faire intervenir encore, comme causes adjuvantes, le faible volume des enfants, ainsi que le nombre considérable des présentations vicieuses qui nécessitent une intervention ou tout au moins un travail plus long et plus laborieux.

La morbidité est, elle aussi, plus considérable que dans l'accouchement simple, et nous avons vu que, sur 818 enfants, 162 étaient nés en état de débilité congénitale ayant entraîné 17 fois la mort.

Comme maladies et malformations, nous avons trouvé 1 enfant ayant présenté après sa naissance une paralysie faciale, 1 autre du sclérème, 3 du muguet ; 6 enfants ont été atteints de conjonctivite. 1 enfant est mort d'entérite glaireuse, 1 autre de diarrhée verte, 1 de broncho-pneumonie ; 2 enfants macérés n'ont vécu que quelques minutes. 2 enfants ont présenté un bec de lièvre. Ajoutons enfin, pour terminer, à la liste des enfants mort-nés, 1 enfant anencéphale, 1 autre hydrocéphale.

CHAPITRE VI

ACCIDENTS ET INTERVENTIONS

A. — Pendant la grossesse.

Comme pour les nouveau-nés, le pronostic pour la mère doit être réservé, et M. Ribemont-Dessaignes (1) a très bien exposé les conditions dans lesquelles se présentent les femmes au moment de l'accouchement. « La mère a généralement une grossesse plus pénible, les phénomènes dits sympathiques de la grossesse (vomissements, etc.) prennent assez rapidement un caractère pathologique. De plus, les phénomènes de compression se traduisent par de l'œdème des membres inférieurs, des varices et surtout de l'albuminurie qui vient singulièrement compliquer cet état. La femme arrive ainsi au moment du travail dans de mauvaises conditions, fatiguée par une grossesse pénible; le surmenage causé par un travail laborieux vient ajouter

(1) RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE, *Traité d'obstétrique*. Paris 1904 (page 553).

son action nocive et met ainsi la femme dans des conditions favorables au développement des infections. Faut-il ajouter que l'hémorragie de la délivrance vient encore débilitier la femme et la rendre un terrain de culture microbienne très favorable. »

Nos recherches à la Maternité nous ont amené à des conclusions absolument semblables, plus de la moitié des observations nous signalent des accidents, de gravité inégale il est vrai, mais néanmoins assez marqués pour avoir été retenus par les observateurs.

Ecartons d'abord 137 femmes qui n'ont présenté que des phénomènes dits sympathiques de grossesse, sans altération notable de l'état général ; tels que vomissements, nausées, céphalées, étourdissements, varices, œdème des membres inférieurs, œdème sus-pubien, douleurs épigastriques, etc.

Parmi les troubles plus sérieux, on est frappé de la place considérable qu'occupe l'albuminurie. Alors que dans la grossesse simple nous ne trouvons qu'une albuminurique sur 20, nous allons constater dans la grossesse gémellaire cette proportion doublée. Chez 41 femmes, en effet, l'analyse des urines a donné pendant la grossesse des résultats positifs.

Et cependant nous n'avons pas trouvé un nombre plus considérable d'éclamptiques que dans la grossesse ordinaire où la proportion est de 1 cas sur 200 ; il est vrai que ce résultat ne concorde pas avec celui des différents auteurs.

M. Clément (1) trouve sur 14 éclampsiques, une grossesse double et nous rapporte dans son travail les résultats des recherches des différents auteurs.

Merriman . . .	trouve 2 cas d'éclampsie sur 48 grossesses doubles.
Chailly . . .	— 2 — — 13 — —
Braun. . . .	— 1 — — 94 — —
Wieger . . .	— 29 — — 379 — —
Matern. de Lyon	— 2 — — 41 — —
Gautrelet . .	— 3 — — 30 — —

Nous ne pourrions donc pas tenir compte du chiffre particulièrement heureux de la Maternité et nous devons reconnaître que l'éclampsie se présente en moyenne une fois sur 25 grossesses gémellaires.

Il nous faut aussi mettre en ligne de compte les cas suivants où l'albuminurie n'était pas essentiellement gravidique mais s'accompagnait de :

Bacillose	1 cas
Cardiopathie.	2 —
Anasarque.	1 —
Hémorragies, épistaxis	1 —
Congestion pulmonaire, hémorragies.	1 —
Congestion pulmonaire, éclampsie . .	1 —

Aux maladies propres à la femme enceinte, il nous faut aussi ajouter :

Vomissements incoercibles	1 cas
Anémie aigue	—

(1) CLÉMENT. *Grossesse gémellaire et éclampsie*. Thèse Paris, 1893.

Citons enfin parmi les troubles, accidents ou maladies existant en dehors de l'état gravidique, mais pouvant avoir été provoqués ou compliqués par lui :

Bronchite.	6 cas
Laryngite.	1 —
Grippe	1 —
Rhumatisme.	1 —
Bronchite chronique	1 —
Epistaxis	1 —
Syncopes	1 —
Palpitations	1 —
Crises de nerfs et syncopes	1 —
Phlébite	1 —
Coliques néphrétiques	1 —
Ulcère variqueux.	2 —
Eruption non syphilitique.	1 —
Salpingite.	1 —
Fibrome utérin.	: 1 —
Hémorragies	6 —
Pertes blanches	2 —

L'hydramnios est particulièrement fréquente, nous en avons trouvé 15 cas sur 420 grossesses gémellaires, alors que la moyenne dans la grossesse simple n'est que de 1 cas sur 125. Dans 6 cas, il n'y avait hydramnios que dans un seul œuf.

B. — Pendant l'accouchement.

A. — DYSTOCIE DES PARTIES MOLLES.

Tous ces différents troubles, lorsqu'ils atteignent un degré suffisant, se répercutent sur l'accouchement, la délivrance ou les suites de couches ; mais jamais ils n'ont nécessité, à la Maternité, l'interruption provoquée de la grossesse. Dans un cas seulement, en présence d'hémorragies répétées, causées à la fois par des fibromes et un placenta praevia, on dut recourir tout près du terme de 8 mois $1/2$ à l'accouchement forcé.

Dans un autre cas de placenta praevia, on observa simplement une légère hémorragie au début du travail.

Deux cas encore d'hémorragies du travail nous sont fournis par des lésions du clitoris ou des organes génitaux externes.

L'albuminurie du travail est fréquente, nous en avons pu recueillir 26 observations.

Trois fois la lenteur de la période de dilatation nécessita la dilatation bimanuelle de M. Bonnaire ou l'écarteur de Tarnier.

B. — DYSTOCIE FŒTALE.

Les procidences des membres sont rares ; deux fois seulement la main accompagna une présentation du

sommet, mais sans dommage ni pour la mère ni pour l'enfant ; dans un cas la main accompagna une présentation de la face et l'on dut recourir à la version.

Plus fréquente et plus grave est la procidence du cordon et nous en trouvons 7 observations ; 4 fois seulement la procidence fut facilement réduite, 3 fois la version fut reconnue nécessaire pour sauver l'enfant, 3 fois l'enfant était mort à la naissance.

Depaul insiste sur la fréquence de la procidence du cordon au cours de l'accouchement gémellaire, il nous rapporte une statistique de Collins qui, sur 16.652 accouchements, trouva 77 procidences, sur ces 77 procidences, 12 se produisirent au cours d'accouchements gémellaires.

Deux observations nous signalent un cas de dystocie tout spécial à la grossesse gémellaire. Dans la presque unanimité des cas, en effet, les deux fœtus se présentent successivement au détroit supérieur et pénètrent l'un après l'autre dans l'excavation, or il peut arriver que les deux fœtus s'engagent simultanément dans le bassin, formant par leur juxtaposition une masse trop volumineuse pour pénétrer plus avant. On signale assez fréquemment cette disposition lorsque les deux fœtus sont contenus dans une même cavité amniotique, mais ce n'était pas le cas ici ; on signale encore comme cause adjuvante de cette dystocie, le faible volume des fœtus par rapport à l'amplitude du bassin maternel, et nous voyons en effet que les enfants ne pesaient respec-

tivement que 2.500 et 2.390, 1.400 et 1.350 grammes. Dans les deux cas, le premier enfant se présenta par le siège, le second par le sommet.

Quelle conduite observa-t-on ? Dans le premier cas, on parvint à refouler la tête du second enfant et l'accouchement se termina normalement par l'expulsion de deux enfants vivants. Dans le second cas, l'accouchement se fit à 6 mois 1/2 et se termina spontanément, les deux fœtus étaient de faible volume et le second, qui avait arrêté le dégagement du premier, glissa tout entier devant celui-ci et fut expulsé le premier ; les deux fœtus étaient morts, le travail avait duré cinq heures, la période d'expulsion 30 minutes (Voir observations).

C. — DYSTOCIES PAR VICIATIONS DU BASSIN.

Bien que les bassins viciés se rencontrent aussi fréquemment au cours des accouchements gémellaires que des accouchements simples, le nombre de dystocies créés par eux est relativement restreint. Cela tient en effet, non seulement à la fréquence de l'accouchement avant terme, mais encore au faible volume des enfants. Et l'observation suivante en est une preuve irréfutable.

OBSERVATION I.

Décembre 1900. N° du registre 2480.

L..., 35 ans, journalière.

III. Père, maladie de cœur. Mère bien portante, sa sœur a eu des jumeaux, la mère de son père également.

AP. Élevée au sein, a marché à 18 mois, premières règles à 18 ans, réglée depuis régulièrement pendant 8 jours.

1^{re} grossesse à 27 ans, terminée à terme par une basiotripsie, enfant volumineux. Bassin rétréci. Suites de couches normales.

2^e grossesse à 28 ans, terminée à terme par une basiotripsie. Suites de couches normales.

3^e grossesse à 30 ans, terminée par un accouchement provoqué. Enfant mort. Suites de couches normales.

4^e grossesse à 32 ans, terminée par un accouchement provoqué. Enfant mort. Suites de couches normales.

5^e grossesse à 33 ans, terminée à terme par la naissance de deux jumeaux vivants, bien portants.

6^e grossesse actuelle à 35 ans. Enceinte de 8 mois 1/2. Dernières règles, 11 mars.

Entre le 30 novembre à la Maternité où l'on fait le diagnostic de grossesse gémellaire.

1^{er} décembre à 7 heures 30. Dilatation complète.

Accouchement spontané d'un premier enfant se présentant par le sommet à 7 heures 35. Un deuxième enfant se présentant par le siège est extrait facilement à 7 heures 45, on note seulement une légère secousse produite par la descente de la tête qui était retenue au détroit supérieur.

Délivrance naturelle et complète à 8 heures 45. Deux placentas mis par un pont membraneux et pesant 850 grammes.

Diamètre promonto-sous pubien 10,2.

Etat des enfants.

	Masculin (2.550, 48 c/m.)	Masculin (2.700, 47 c/m.)
OF. . . .	11	10
BM. . . .	11,5	11,5
BP. . . .	8,5	9
BT. . . .	8	7,5
SO Br . .	7,5	9,5

Voici donc une femme qui, sur 6 grossesses successives, ne put mener à bien que ses deux grossesses gémellaires et nous trouvons à peine, dans l'ensemble de nos observations, 3 bassins viciés ayant nécessité une intervention.

C.— Des interventions au cours de l'accouchement.

A. — VERSION PODALIQUE.

En raison de la fréquence des présentations de l'épaule pour le second fœtus, la version tient la première place parmi toutes les interventions faites au cours de l'accouchement gémellaire.

Dans 32 cas, en effet, la version par manœuvres internes modifia cette présentation vicieuse ; dans cinq circonstances, on eut recours à elle pour pallier les effets fâcheux de la procidence du cordon ou d'une main.

Nous la voyons encore employée dans 2 cas de présentation de la face, dans 1 cas d'hémorragie, dans 1 cas de bassin rétréci, et dans 6 cas enfin pour mener à bonne fin un accouchement qui traînait en longueur. 4 fois seulement elle fut employée pour le premier enfant, 2 fois pour les deux.

B. — VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES.

La version par manœuvres externes a été employée 5 fois avec succès pour transformer en sommet une présentation de l'épaule du second fœtus.

C. — FORCEPS.

Nous pouvons relater l'emploi du forceps dans 26 interventions; 20 fois son application fut la conséquence de la lenteur des contractions utérines, de la longueur du travail ou de la souffrance des fœtus.

De plus, il fut employé 1 fois pour aider la rotation de la tête sur le plancher périnéal, 3 fois pour faire passer le sommet à travers un bassin rétréci, 1 fois pour une présentation de la face, et 1 fois pour terminer l'accouchement chez une femme en imminence d'éclampsie.

A l'inverse de la version, c'est le premier accouchement qui nécessite le plus souvent une application de forceps, dans 4 cas seulement le forceps fut appliqué sur le second sommet, dans 4 cas il fut employé pour les deux accouchements.

D. — BASIOTRIPSIE.

Un seul cas nécessita une basiotripsie pour l'extraction des deux fœtus; les membranes s'étaient rompues

prématurément, les contractions utérines étaient faibles et espacées et deux fœtus morts se présentaient respectivement par la face et le front.

E. — ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ.

Nous avons rencontré 3 exemples d'accouchements provoqués, 1 chez une cardiaque, 1 à la suite d'une hémorragie par placenta praevia, dans un cas enfin, parce que le col s'était refermé sur un second fœtus mort et macéré; la dilatation bimanuelle de M. Bonnaire fut pratiquée avec succès, 13 heures après le premier accouchement, les suites de couches furent normales.

F. — EXTRACTION MANUELLE.

On a eu recours à l'extraction manuelle dans la presque totalité des cas de présentation du siège. Ajoutons que M. Maygrier a particulièrement recommandé de ne jamais exercer de tractions que sur un seul des membres inférieurs, de peur de saisir les membres appartenant à des fœtus différents.

D. — Délivrance.

L'accident le plus grave et le plus fréquent de la délivrance, et surtout de la délivrance gémellaire, est l'hémorragie. Nous en avons observé 44 cas dont 16 chez des femmes albuminuriques, 1 chez une cardiaque, 2 eurent pour cause un placenta prævia, 1 des fibromes utérins.

Sur ces 44 hémorragies, 14 furent assez abondantes pour nécessiter un tamponnement, 5 nécessitèrent en outre des injections d'ergotine, de caféine et de sérum.

Dans 24 observations la délivrance artificielle fut jugée nécessaire par l'accoucheur, 12 fois en raison d'hémorragies abondantes, 6 fois pour inertie utérine, 1 fois pour enchatonnement du placenta, 2 fois après un accouchement provoqué, 2 fois après une basiotripsie, 2 fois enfin après la naissance d'enfants morts ou macérés.

La proportion des délivrances artificielles, après l'accouchement gémellaire, est donc de 5 % de beaucoup supérieure par conséquent à la proportion de 0,75 % indiquée par M. le professeur Budin pour l'accouchement simple.

Le pronostic de cette opération est assez sérieux, et si nous n'avons observé qu'un seul décès chez une

femme déjà malade au moment de l'accouchement, nous avons dû noter par contre dans plus de la moitié des cas des suites de couches fébriles. Rarement, il est vrai, la température persista plus de quarante-huit heures, une femme seulement fut atteinte consécutivement de phlegmatia alba dolens.

Les hémorragies après la délivrance sont rares, nous n'en avons observé que deux cas le lendemain et le surlendemain de l'accouchement. Ces hémorragies, d'ailleurs légères, cédèrent facilement au traitement institué : injections vaginales et intra-utérines.

CHAPITRE VII

DES SUITES DE COUCHES

Les suites de couches chez les femmes ayant accouché de deux jumeaux sont très fréquemment pathologiques, et ceci ne nous surprendra guère, puisque nous avons suffisamment insisté, au cours des différents chapitres qui précèdent, sur les différents états pathologiques de la femme enceinte, sur la fréquence de l'accouchement avant terme, sur la longueur du travail et sur les différents accidents qui se produisent si fréquemment au cours du travail et de la délivrance.

A. — Mortalité.

La mortalité est très élevée au cours de l'accouchement gémellaire, et si nous empruntons à Depaul les résultats de sa statistique, nous trouvons 12 morts sur 140 observations, soit une proportion de 9 %. Ces 12 décès reconnaissent pour cause 4 métrô-péritonites,

2 péritonites, 2 fièvres puerpérales, 1 phlegmon de la fosse iliaque, 1 rupture utérine, 2 phlébites avec gangrène utérine. Sur ces 12 cas, 7 accouchements avaient été spontanés, le forceps compte 1 mort, la version 3, la céphalotripsie 1.

D'autres auteurs nous rapportent des statistiques plus favorables :

Clarke	compte	1 mort	sur	44 accouchements.
Rieck	—	1	—	57 —
Dubois	—	1	—	20 —

M. Jullien, à l'hôpital de la Clinique, compte 19 décès sur 465 accouchements, soit une proportion de 4 %. La pneumonie et la tuberculose y comptent 2 victimes, l'éclampsie 4, la septicémie puerpérale 2.

Beaucoup plus heureuse est la statistique de la Maternité, qui ne compte que 4 décès sur 430 accouchements, soit un peu moins de 1 %. Ces 4 femmes étaient toutes albuminuriques. 2 succombèrent à une infection généralisée 10 jours et 19 jours après leur accouchement ; la délivrance artificielle, chez l'une d'elles, fut la seule intervention.

Dans le troisième cas, la femme arriva à la Maternité à la dilatation complète, en proie à des attaques d'éclampsie, les 2 enfants furent extraits au moyen du forceps, la mère succomba quelques heures après.

Dans le dernier cas, enfin, la femme qui avait présenté de l'albumine pendant la grossesse succomba,

10 jours après un accouchement normal, à une congestion pulmonaire avec asystolie.

B. — Morbidité.

Si la mortalité est relativement faible chez les mères de jumeaux, la morbidité est considérable, puisque nous avons noté chez 103 femmes une élévation de température pendant les suites de couches.

Éliminons de suite les 4 décès dont nous avons déjà parlé, ainsi que 35 cas où la température ayant cédé au bout d'un jour à des irrigations vaginales et rectales, fut attribuée à la stercorémie. Chez une femme seulement, la fièvre se compliqua de vomissements et de céphalalgie.

Dans 34 cas, au contraire, intervient une infection dont la cause nous sera expliquée :

- 2 fois par l'albuminurie.
- 10 fois par une hémorragie de la délivrance.
- 5 fois par une rétention de membranes.
- 4 fois par la rupture prématurée des membranes.
- 1 fois par une rétention de cotylédons.
- 2 fois par une présentation de l'épaule.

Dans 10 cas, enfin, nous n'avons pu retrouver la cause de cette infection.

En dehors de l'infection, de nombreux états patho-

logiques ont causé, pendant les suites de couches, une élévation de température. Ce sont, par ordre de fréquence :

Affections mammaires, 13 cas.	{	Lymphangite du sein.	8 cas.
		Crevasses des seins	3 —
		Abcès des seins.	2 —
Affections des membres inférieurs, 6 cas.	{	Phlegmatia alba dollens.	3 cas.
		Phlébite variqueuse	1 —
		Périphlébite de la jambe gauche:	1 —
		Œdème des membres infé- rieurs avec albumine.	1 —
Maladies générales, 7 cas.	{	Diarrhée avec vomissements	2 cas.
		Grippe	2 —
		Bronchite	1 —
		Pneumonie	1 —
		Cardiopathie.	1 —
Affection de cause locale, 3 cas.	{	Péritonisme.	1 cas.
		Subinvolution utérine	1 —
		Éclampsie.	1 —

Ajoutons que dans cette dernière observation la femme présenta deux attaques, un jour et cinq jours après l'accouchement, et sortit néanmoins de la Maternité complètement guérie.

Nous voyons donc combien le pronostic des suites de couches doit être réservé, puisque un quart des femmes nécessiterent des soins spéciaux pour un état, de gravité variable il est vrai, mais toujours pathologique.

CHAPITRE VIII

Grossesse triple.

La grossesse triple est beaucoup plus rare que la grossesse double, et nous n'en avons pu observer que 3 cas dans ces dix dernières années, soit une proportion de 1 sur 9.162 grossesses simples, alors que la proportion généralement admise est de 1 sur 7.910 pour Veit, 1 sur 6.209 pour Paul Dubois.

Nous insisterons peu sur la marche de l'accouchement tri-gémellaire et parce que nous en publions les observations, et parce que les documents que nous avons recueillis ne sont pas assez nombreux pour que nous en puissions présenter un tableau complet. Il nous suffirait d'ailleurs de répéter, en l'exagérant, tout ce qui a été dit à propos de l'accouchement gémellaire.

Disons seulement que la grossesse triple survient presque toujours chez les multipares, que l'accouchement se fait habituellement avant terme (2 mois, 7 mois 1/2 et 8 mois dans nos observations). La durée totale du travail, l'intervalle entre les accouchements

sont sensiblement les mêmes que dans la grossesse double.

Le placenta était double dans un cas, triple dans l'autre, les enfants, dont le poids moyen est de 1.870 gr., étaient tous vivants et bien portants.

Les interventions ne sont guère plus fréquentes que dans la grossesse gémellaire, et nous avons observé, pour un seul des deux accouchements, une version par manœuvres internes et une délivrance artificielle pour un des placentas.

Les suites de couches furent généralement bonnes, une des mères seule contracta une pneumonie et sortit d'ailleurs parfaitement guérie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION II

Grossesse gémellaire chez une multipare.

Année 1902. N° 1587.

46 ans. Blanchisseuse.

AH. Néant.

AP. Elevée au sein, ignore l'âge de ses premiers pas, n'a jamais été malade. Premières règles à 14 ans, régulières depuis.

1 ^{re}	grossesse à 19 ans.	Accouchement à terme d'un garçon bien portant S.D.C. normales.
2 ^e	— à 21 ans.	— — fille — —
3 ^e	— à 23 ans.	— — garçon mort à 8 mois —
4 ^e	— à 25 ans.	— — fille bien portante —
5 ^e	— à 27 ans.	— — garçon — —
6 ^e	— à 29 ans.	— — fille — —
7 ^e	— à 31 ans.	— — garçon mort à 18 mois —
8 ^e	— à 33 ans.	— — fille bien portante —
9 ^e	— à 35 ans.	— — garçon — —
10 ^e	— à 37 ans.	— — fille morte à 10 mois —
11 ^e	— à 39 ans.	— — garçon mort à 12 mois —
12 ^e	— à 41 ans.	— — fille bien portante —
13 ^e	— à 43 ans.	— — fille — —
14 ^e	— à 44 ans.	— — garçon mort à 6 mois —
15 ^e	— à 45 ans.	— — fille morte à 10 mois —
16 ^e	— actuelle à terme.	

Premières douleurs le 8 août à 2 heures du matin, on fait le diagnostic de grossesse gémellaire.

A 3 heures $3/4$ dilatation complète, la poche des eaux se rompt spontanément, la tête apparaît à la vulve et se dégage suivant ses diamètres sous-occipitaux. C'est une fille vivante pesant 2.300 grammes.

On introduit immédiatement la main pour s'assurer de la présentation du second enfant; la poche des eaux volumineuse est rompue artificiellement et un second enfant vivant, du sexe masculin, pesant 1.900 grammes, est expulsé dix minutes après le premier. L'enfant naît étonné et est ranimé au bout d'un quart d'heure.

Dix minutes après, la délivrance repose dans le vagin, elle est extraite; elle se compose de deux masses placentaires du poids de 800 grammes.

Suites de couches normales. Enfants bons.

OBSERVATION III

Grossesse Gémellaire. — Intervalle de 27 heures entre les deux accouchements.

Année 1900. N° du registre 1130.

37 ans. Ménagère.

AH. Néant.

AP. Allaitement mixte. A marché à 14 mois. Réglée à 13 ans, régulièrement depuis.

Congestion pulmonaire avec albuminurie il y a un an.

Six grossesses à terme, terminées par la naissance d'enfants actuellement bien portants.

7^e grossesse actuelle à terme. Grippe pendant la grossesse.

La malade trouve son ventre plus volumineux qu'aux précédentes grossesses.

Le 27 mai, premières douleurs et rupture de la poche des

eaux, mais les grandes douleurs n'apparaissent que le 28 mai à 3 heures du soir. Accouchement à 6 heures 10 en ville d'une fille vivante. Vu le volume de l'utérus, la sage-femme diagnostique un second enfant et, le travail n'avançant pas, un médecin est appelé le 29 mai au matin. Celui-ci revient l'après-midi, et, constatant de la température, ordonne le transport à la Maternité.

A l'examen, on voit à l'orifice vulvaire, le cordon du 1^{er} enfant noirâtre et desséché, l'utérus est développé comme pour une grossesse normale à terme. Il y a hydramnios. La tête est très mobile au dessus du détroit supérieur, l'enfant est vivant.

Les membranes sont rompues artificiellement, il s'écoule une quantité considérable de liquide. Bien qu'on ait essayé de maintenir la tête au détroit supérieur, celle-ci file dans la fosse iliaque.

La sage-femme fait immédiatement la version par manœuvres internes, mais les bruits du cœur se ralentissent. La femme ayant des contractions, le siège se dégage seul et l'on trouve le cordon enroulé autour d'une cuisse, il est 8 heures 1/2 du soir.

L'enfant, en état de mort apparente, est aussitôt ranimé, il est du sexe masculin et pèse 2.980 grammes.

Délivrance naturelle incomplète 15 minutes après. L'utérus se rétractant mal, il se fait une hémorragie qui nécessite une injection intra-utérine, un tamponnement et une injection sous-cutanée d'ergotine.

A 10 heures, on enlève ce tamponnement et on fait une nouvelle injection intra-utérine.

Suites de couches normales.

OBSERVATION IV

Grossesse gémellaire. — Intervalle prolongé entre les deux accouchements. — Administration d'ergot de seigle.

Année 1903. N° du registre 2328.

34 ans, ménagère.

AH. Néant.

AP. Elevée au biberon. Premières règles à 13 ans, régulières, peu abondantes et non douloureuses.

1^{re} grossesse (1901). Accouchement prématuré à 6 mois 1/2 attribué à une chute.

2^e grossesse (1902). Accouchement prématuré à 7 mois 1/2 ; elle en ignore le motif, on ne trouve pas de syphilis du côté de la mère, mais le père a eu d'un premier mariage 6 enfants morts.

3^e grossesse actuelle au terme de 8 mois. Evolution normale de la grossesse.

Le 8 octobre, elle accouche spontanément en ville à 11 heures du soir d'un enfant vivant du poids de 1.650 grammes.

Le médecin reconnaît la présence d'un second enfant dans l'utérus, mais les douleurs cessant complètement, il ne quitte pas la malade de la nuit et lui administre au matin de l'ergot de seigle dans le but de réveiller les contractions.

L'orifice se rétracta et l'on dut faire la dilatation forcée pour extraire, à 1 heure du soir, un second enfant mort et macéré.

Devant l'impossibilité d'extraire le placenta, l'accouchée est envoyée à la Maternité.

Examen. Utérus tétanisé, dur, globuleux, orifice permettant l'introduction de deux doigts ; on arrive sur le bord inférieur de l'un des placentas extrêmement adhérent.

Il y avait indication formelle à faire la délivrance artificielle qui se montra particulièrement difficile.

On introduisit deux doigts dans la cavité utérine, on saisit une partie du placenta décollé, puis, tirant tour à tour sur les deux cordons pour reconnaître celui qui appartenait au premier placenta, on put extraire celui-ci non sans grandes difficultés.

On introduisit à nouveau la main dans la cavité utérine, et la femme étant anesthésiée, on dut se livrer à la manœuvre suivante : le placenta était inséré dans la corne droite, M^{me} la sage-femme en chef introduisit la main droite, saisit les lambeaux décollés avec deux doigts et exerça des tractions lentes, modérées, pro-

gressives, tout en refoulant à l'intérieur la corne droite et en l'amenant sur la ligne médiane.

Injection utérine. Tamponnement. Deux mèches de gaze iodoformée.

Suites de couches bonnes.

OBSERVATION V

Accouchement gémellaire. — Engagement simultané des deux fœtus.

Année 1899. N° du registre 1572.

17 ans, domestique.

AH. Néant.

AP. Elevée au sein. Bronchites à 5 ans et à 17 ans. Rougeole à 6 ans.

Premières règles à 12 ans, irrégulières depuis.

Grossesse actuelle au terme de 6 mois 1/2. Bronchite il y a 3 mois, soignée à l'hôpital.

Le 19 juillet est envoyée à l'asile Saint-Jacques.

Le 28 juillet, ressentant des douleurs, elle est envoyée à la Maternité où elle est reconnue en travail. Soins antiseptiques, 1 h. soir. Utérus constamment contracté, il est impossible d'apprécier la partie fœtale, mais son volume répond à une grossesse de 8 mois environ.

A l'auscultation, bruits du cœur bons à droite.

Au toucher, dilatation de 3 à 4 centimètres. Au détroit supérieur, on sent des petits membres et le sillon interfessier. La parturiente ne cesse d'avoir des contractions douloureuses et rapprochées; 2 heures soir, la poche des eaux bombe fortement à l'orifice vulvaire et se rompt spontanément. A ce moment, la dilatation étant reconnue complète, on abaisse les deux pieds; sous l'influence des contractions le siège apparaît à l'orifice vulvaire et se dégage spontanément. On fait une anse au cordon, on exerce des tractions sur le fœtus, puis les membres supérieurs

ne se dégageant pas spontanément, on va à la recherche du bras antérieur qu'on abaisse, on répète la même manœuvre pour le bras postérieur. Allant à la recherche de la bouche pour pratiquer la manœuvre de Mauriceau, la sage-femme rencontre une partie fœtale dure, séparée de la région cervicale du fœtus, par un profond sillon, sur cette partie fœtale sont des sutures et fontanelles. Mettant aussitôt la main libre sur le fond de l'utérus, le volume de celui-ci lui indique la présence d'un second fœtus, et la tête du premier fœtus se trouve arrêtée au-dessus du détroit supérieur, bloquée dans la fosse iliaque droite par la tête du second fœtus qui se trouve à gauche. Les contractions sont très fortes, les tentatives de réduction restent infructueuses, la tête du second enfant descend et, malgré les tractions que l'on exerce sur le premier, on ne peut le dégager. Sous l'influence des contractions, la tête du deuxième fœtus se dégage au bout de dix minutes en gauche transverse et le tronc est expulsé en une seule contraction. L'enfant est mort. Le second enfant est immédiatement expulsé; il succombe quelques minutes après, malgré des soins énergiques. Cet accouchement gémellaire simultané a pu se terminer spontanément, grâce au faible volume des deux enfants, le périnée est resté intact et les organes génitaux ne présentent qu'une petite lésion de la petite lèvre.

La délivrance se fait naturelle et complète à 2 heures 50.

A l'examen, on constate deux masses placentaires réunies par un pont membraneux.

Suite de couches normales.

Etat des enfants :

	I	II
	Féminin mort.	Masculin mort.
	1.450 gr.	1.300 gr.
	40 c/m.	40 c/m.
OF.	9	9 1/2
OM.	11	11 1/2
BP.	7 3/4	8
BT.	6 1/4	6 1/2
SO Br . . .	8 1/2	9

OBSERVATION VI

Accouchement gémellaire. — Engagement simultané des deux fœtus.

Mars 1896. N° du registre 552.

22 ans.

AH. Père mort d'un cancer.

AP. Premières règles à 18 ans, régulières depuis.

1^{re} grossesse actuelle. Névralgies de la région lombaire ayant duré 8 jours. Dernières règles du 4 au 7 mai.

Prise de douleurs, la femme vient à la Maternité dans la nuit du 17 au 18 mars.

Inspection. Utérus très développé à grand axe vertical.

Palper. Difficile par suite de la tension utérine et de la fréquence des contractions.

Auscultation. Bruits du cœur sur la ligne médiane.

Toucher. Membranes rompues, col effacé, dilatation de cinq centimètres et on arrive sur un siège décompleté mode des fesses en position gauche.

A la dilatation complète, l'expulsion commence et le siège sort complètement sous l'influence de deux ou trois contractions. On fait l'anse au cordon, puis on éprouve une grande résistance pour le dégagement du tronc; on procède alors au dégagement des bras qui se fait sans difficultés.

Les épaules restent appliquées contre la vulve, le tronc du fœtus paraît relativement petit par rapport au volume de l'utérus qui est encore considérable, on pense à de l'hydrocéphalie.

Introduisant la main pour aller à la recherche de la bouche on ne peut en aucune façon atteindre le menton, on est frappé par l'ossification des os du crâne, les sutures et fontanelles ne sont pas trop larges; on est frappé également par la saillie considérable que forme la masse dure appliquée sur le dos du fœtus. Les doigts s'insinuent dans le sillon qui sépare cette masse et pénètrent très haut.

Le diagnostic de grossesse gémellaire est porté et l'obstacle à la terminaison de l'accouchement provient de ce que la tête du second enfant tend à s'engager avant celle du premier.

Pour remédier à cet état de choses, on saisit à pleine main la tête du 2^e fœtus qu'on essaie de refouler dans la cavité utérine, deux tentatives faites dans l'intervalle des contractions échouent. On introduit alors l'extrémité des doigts de la main restée libre entre la tête du second enfant et celle du premier en exerçant une pression continue de bas en haut vers la gauche, et on repousse ainsi, par ces manœuvres combinées, la tête dans la fosse iliaque gauche. En même temps une traction exercée à droite de haut en bas, maintient le siège aussi bas que possible afin de donner au fœtus une situation transversale; une traction est rapidement faite sur le tronc, la tête franchit le détroit supérieur sans aucun degré de flexion et arrive dans l'excavation pelvienne, la face regarde le pubis, on lui fait subir une rotation qui la ramène en OP, et elle se dégage suivant les diamètres habituels.

L'enfant est ranimé par insufflation, c'est un garçon du poids de 2.500 grammes.

Le second fœtus est rapidement expulsé sous l'influence de deux contractions, c'est une fille du poids de 2.390 grammes ayant présenté le sommet.

Délivrance naturelle incomplète; lavage utérin.

Température après l'accouchement 37°. Pouls 88.

Suites de couches normales.

Mère et jumeaux partis en bon état.

OBSERVATION VII

Grossesse gémellaire. — Fibrômes de la paroi postérieure de l'utérus. — Placenta prævia.

Année 1898. N° du registre 2.230.

Primipare, 33 ans.

AH. Père mort d'une pneumonie.

AP. Élevée au sein. Premières règles à 12 ans, régulières depuis. Dernières règles, 8 février 1898. Malaises pendant toute la grossesse. Pertes de sang en juillet.

Le 27 octobre, nouvelles pertes de sang; la malade arrive le lendemain à la Maternité, où on recueille 450 grammes de caillots.

Examen. Femme pâle, fatiguée; utérus très développé, hauteur 0^m36.

Palper. Extrémité fœtale ballottant à gauche au niveau des fausses côtes; on trouve une seconde partie fœtale qui ballote au niveau du détroit supérieur, on sent un dos à gauche et une 3^e extrémité fœtale en haut et à droite.

Auscultation. Bruits du cœur bons.

Toucher. Col effacé, dilatation de 0^m03, on arrive immédiatement sur la masse placentaire. A travers le cul de sac latéral droit on sent l'extrémité fœtale qui ballottait par le palper et que l'on reconnaît pour une petite tête, tandis qu'à travers le cul de sac latéral gauche on sent une autre extrémité qui ne ballote pas et paraît être un siège. A 11 heures du matin on fait un tamponnement et une injection de sérum de 800 grammes.

La femme est très bas, pouls petit, pâleur de la face.

A 11 heures 3/4, MM. Bonnaire et Porack procèdent à l'accouchement méthodiquement rapide et à l'extraction des enfants.

A 11 heures 50, M. Porack commence la dilatation bi-manuelle suivant le procédé de M. Bonnaire.

A 11 heures 55, dilatation complète, extraction d'un premier enfant du sexe masculin du poids de 2.770 grammes, et qu'on ranime facilement.

On procède, au moyen de la version, à l'extraction du second enfant mort-né du poids de 2.050 grammes.

Le placenta sort en même temps. Injection chaude. Tamponnement. Dyspnée, pouls petit, injections d'éther, caféine, ergotine.

A midi 1/2, la femme est plus faible, le pouls presque insen-

sible, la dyspnée est très marquée, et on fait au niveau du coude une injection intra-veineuse de 1.200 grammes de sérum. Le poulx redevient plus fort, la dyspnée disparaît.

A 2 heures 1/2, nouvel accès de dyspnée, le poulx faiblit, on procède à une deuxième injection intra-veineuse de sérum de 1.200 grammes, le poulx redevient meilleur, la dyspnée disparaît.

Placenta. Gateau placentaire énorme, quoique les deux placentas paraissent nettement séparés : 1° par une languette membraneuse; 2° par la coloration beaucoup plus foncée du petit placenta.

Les membranes du second œuf sont déchirées juste au niveau du bord placentaire et, à une des extrémités de ce bord, on voit très nettement une déchirure placentaire faite probablement par l'opérateur au moment de l'introduction de la main.

Les membranes du second œuf, déchirées de même au niveau du bord placentaire, présentent ce caractère particulier : c'est que le bord membraneux de l'orifice est bordé par un vaisseau sanguin qui part du point d'implantation du cordon et qui s'arrête déchiré après un chemin de 0^m15.

Poids 1.050 grammes.

Dimensions du gateau placentaire :

Grand diamètre 0^m39.

Petit diamètre { au niveau du grand placenta 0^m19.
— petit — 0^m18.

Circonférence 1^m.

A 7 heures du soir. Température 37,9. Pouls 160. Respiration 52.

La femme se sent bien, bien que se plaignant de faiblesse et de soif vive.

Suites de couches pathologiques.

Du 2^e au 53^e jour, température oscillant entre 38° et 39°. Partie en bon état le 28 Décembre.

1^{er} jumeau mort.

Poids du 2^e jumeau à la sortie : 2.325 grammes.

OBSERVATION VIII

**Grossesse gémellaire. — Diagnostic rétrospectif
de fœtus superposés.**

Année 1897. N° du registre 1444.

B..., 27 ans, blanchisseuse.

AH. Une grossesse gémellaire chez sa mère.

AP. A marché à 18 mois. Premières règles à 13 ans, toujours régulières.

1^{re} grossesse. Accouchement à terme d'un enfant vivant.

2^e grossesse. Accouchement à terme d'un enfant vivant, mort à 6 mois de méningite.

3^e grossesse. Accouchement à terme d'un enfant vivant, mort à 10 mois de choléra infantile.

4^e grossesse actuelle. Dernières règles, 29 octobre; enceinte de 8 mois.

Pendant sa grossesse, varices volumineuses, œdème des membres inférieurs.

Arrivée à la Maternité le 10 juillet, à 10 heures, est reconnue en travail.

A l'examen, siège décomplété, modes de fesses, engagé, ballottement céphalique au fond de l'utérus. — Bruits du cœur bons à gauche et en avant.

Au toucher, dilatation de 8 centimètres, la poche des eaux est rompue et on arrive sur le sillon interfessier.

A 1 h. 15 du soir, dilatation complète, et le premier fœtus est expulsé sans difficultés, il est de sexe féminin et pèse 2,800 grammes.

Étonné du volume de l'utérus, on fait rétrospectivement le diagnostic de grossesse gémellaire et un second fœtus est expulsé 15 minutes après, il est de sexe masculin et pèse 1,960 grammes.

Le placenta est extrait à 2 h. 25 par la méthode d'expression.

A l'examen du placenta, on voit que les deux fœtus étaient superposés et que le second enfant a passé par l'ouverture faite par le premier; la circulation n'était pas commune aux deux fœtus.

Suites de couches : Hémorragie dans la nuit du 10 au 11 juillet.

OBSERVATION IX

Grossesse triple.

Année 1902. N° 434.

27 ans, domestique.

AH. Néant.

AP. Élevée au biberon. Ignore l'âge de ses premiers pas.
Rougeole à 15 ans.

Premières règles à 17 ans. Réglée irrégulièrement depuis.

1^{re} grossesse à 23 ans. Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant. Suites de couches normales.

2^e grossesse actuelle. Dernières règles du 31 mai au 2 juin.
Age de la grossesse, 7 mois 1/2. Ventre anormalement développé.

Dès le début de la grossesse, paquets variqueux à la partie supéro-interne de la cuisse gauche et au niveau du creux poplité.

Entre à la Maternité le 22 janvier 1902.

Cedème des membres inférieurs. Abdomen très volumineux pour le terme de la grossesse.

Au palper, on sent au détroit supérieur une masse volumineuse n'ayant pas de caractères bien nets, n'ayant aucune tendance à s'engager. Au fond de l'utérus, à gauche, ballotement céphalique très net.

Au toucher, col long, perméable dans toute son étendue, très ramolli. On arrive sur les membranes, à travers lesquelles

on perçoit une partie fœtale qui a tendance à fuir vers la fosse iliaque gauche. Cette partie fœtale, qui n'est pas très mobile, présente des sutures et des fontanelles.

A l'auscultation, on perçoit un premier foyer à quelques centimètres au-dessus du pubis et, un peu à droite de la ligne médiane, un second foyer au niveau de l'ombilic et un peu à gauche de la ligne médiane.

On fait le diagnostic de grossesse gémellaire avec léger excès de liquide pour le fœtus qui est au fond de l'utérus.

Le 26 février, vers 8 heures du soir, la malade ressentant des douleurs, est admise à la salle de travail.

Soins antiseptiques. Nouvel examen. Au toucher, on arrive à travers les membranes qui sont intactes sur une tête qui fuit dans la fosse iliaque gauche, et on sent à gauche deux petits membres qui se continuent plus haut avec un siège.

Col dilatable comme 2 francs. Contractions faibles, irrégulières.

A minuit, les contractions deviennent plus fortes et plus régulières. Au toucher, même dilatation, on arrive sur une tête qui tend à s'engager.

27 février. A 8 heures du matin, la dilatation est de 3 à 4 centimètres. Les membranes sont intactes, on perçoit un sommet qui s'engage en droite. Les contractions sont assez régulières.

A 10 h. 1/4, dilatation complète, sommet engagé.

Rupture artificielle des membranes et accouchement spontané d'un enfant vivant du sexe masculin pesant 1,950 grammes.

10 h. 1/2, la double ligature est faite et la femme mise en position obstétricale. On introduit la main pour constater la présentation du second jumeau et on arrive sur deux pieds et une main dans une poche d'eaux intacte.

Celle-ci est rompue artificiellement ; on attire les deux pieds au dehors, puis, à la faveur d'une contraction, le siège se dégage ; on fait la manœuvre de Mauriceau et un enfant vivant du sexe masculin, du poids de 2,050 grammes, est expulsé à 10 h. 40.

L'utérus étant encore volumineux, on examine et on trouve au fond de l'utérus des petits membres dans une poche d'eau intacte. Celle-ci est rompue et, à 10 h. 50, on dégage un enfant vivant du sexe féminin, se présentant par le siège et pesant 1,500 grammes.

A 11 h. 1/2, la délivrance est dans le vagin, elle est extraite d'un bloc au moyen de la méthode d'expression. Il existe 3 placentas distincts, 3 cordons et 3 poches également distincts.

Il est fait un lavage utérin de 4 litres, la mère et les enfants vont aussi bien que possible.

Suites de couches normales.

OBSERVATION X

Grossesse triple. — Pneumonie pendant l'accouchement et les suites de couches.

Année 1902. N° du registre 2798.

32 ans, ménagère.

A II. Néant.

A P. Elevée au biberon, a marché à 9 mois, n'a jamais cessé. Pas de maladies pendant l'enfance.

Premières règles à 17 ans; régulièrement depuis pendant cinq jours, abondantes et non douloureuses.

Quatre grossesses antérieures terminées à terme par la naissance d'enfants vivants, dont trois actuellement bien portants, le quatrième a succombé à l'âge de 3 ans à la suite d'une bronchite.

Les suites de couches ont été normales.

5^e grossesse actuelle. Dernières règles : 14 avril, ce qui la fait enceinte de 8 mois.

Vomissements pendant les quatre premiers mois. A partir de cette époque, la parturiente remarque que ses jambes sont le

siège d'un œdème. Elle attribue cet état à la fatigue et se trouve aussi plus grosse qu'à ses précédentes grossesses.

Vers le septième mois, elle vient consulter à la Maternité. Madame la Sage-Femme en chef diagnostique une grossesse gémellaire, lui trouve de l'albumine dans les urines et, en raison de son état, lui propose de la garder. La malade refuse et suit chez elle un régime lacté. Elle revient quinze jours après. Toujours de l'albumine: œdème plus considérable. Refus de la parturiente de rester à la Maternité.

15 décembre. La parturiente revient à la consultation. L'albumine a encore augmenté, l'état général s'est aggravé, il y a de la dyspnée. Nouvelle invitation à rester à la Maternité, nouveau refus.

15 décembre. Se sentant plus mal, la parturiente arrive à la Maternité à 4 heures du soir, elle est aussitôt admise à la salle de travail.

Examen. Au palper, utérus volumineux, tendu.

Au détroit supérieur, on sent une tumeur dure donnant la sensation d'une tête, et, en suivant le plan latéral gauche, une surface plane se continuant avec la tumeur perçue au détroit supérieur.

Au fond de l'utérus et à gauche, tumeur molle à côté de laquelle on fait facilement balloter une partie ronde qui semble être une tête. Sur la ligne médiane, on sent des petits membres. La fluctuation est très nette.

Auscultation. Deux maxima des bruits du cœur, un à gauche, entre l'ombilic et le pubis, un autre à droite et en arrière au dessus de l'ombilic.

Au toucher, col dilatable comme 2 francs, membranes intactes, on arrive sur un sommet qui tend à se fixer, tête mal ossifiée.

Douleurs de reins assez fortes.

17 décembre, 9 heures matin.

Même état. M^{me} la Sage-Femme en chef examine la parturiente, décolle les membranes le plus haut possible et ordonne dix litres de lavement salé à 38° pour déterminer le travail.

Dans la journée, la parturiente se plaint de difficultés pour respirer ; on l'ausculte, on ne trouve rien du côté des poumons ou du cœur et on pense à une dyspnée toxique.

Température 37°8. Pouls 128.

18 décembre matin. Dyspnée violente. Température 39°2. Pouls 150. Au niveau du lobe moyen du poumon droit, souffle tubaire environné de râles fins. Point de côté intense. Pneumonie droite. Crachats rouillés.

Six ventouses scarifiées et ventouses sèches. Un demi-milligramme de digitaline cristallisée et potion d'acétate d'ammoniaque et codéine.

Soir. Toute la base du poumon droit soufflante. Dyspnée plus forte. Etat général mauvais.

Température 39°2. Pouls 116.

19 décembre matin. Même état, même traitement moins les ventouses scarifiées. Température 39°2. Pouls 110.

Soir. Etat plus grave. Température 39°4. Pouls 144. On fait une injection de sérum.

20 décembre matin. Température 36°5. Pouls 88. Etat très amélioré. Pas de souffle tubaire. Dyspnée à peine sensible, quelques râles sous-crépitaunts à la base.

Soir. Température 36°5, respiration 36. Pouls 100. L'état est satisfaisant ; 850 grammes d'urines depuis le matin, urine rouge.

Très peu d'obscurité respiratoire dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, quelques râles sous-crépitaunts à la base. Pression artérielle un peu augmentée.

21 décembre matin. Température 36°2. Pouls 82. Etat assez satisfaisant. Urines 500 grammes. Les deux tiers inférieurs du poumon respirent mal, quelques râles sous-crépitaunts à la base.

Soir. Température 37°. Pouls 100. Même état. Transpiration abondante.

22 décembre matin. Température 37°4. Pouls 112. Etat semblable.

Soir. Température 37°7. Pouls 100. Pression augmentée, un peu de dyspnée, la respiration est peu sensible dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, il semble qu'il y ait quelques frottements superficiels, un peu de liquide et le poumon splénisé au-dessus. Ventouses sèches.

23 décembre matin. Température 37°2. Pouls 108.

A 9 heures, la poche des eaux se rompt spontanément sans que la parturiente accuse de douleurs.

A 9 heures 30, elle commence à souffrir, la dilatation est d'une paume de main.

A 10 heures, dilatation complète, la parturiente entre en période d'expulsion, et bien qu'elle pousse peu énergiquement, le sommet progresse rapidement et se dégage bientôt. Le tronc est extrait, l'enfant est pâle et chétif. C'est une fille vivante. Il est 10 heures 20 du matin. L'enfant pèse 650 grammes. Une double ligature a été faite immédiatement.

En pratiquant le toucher, on constate un second fœtus se présentant par l'épaule, on rompt les membranes, on fait la version et on extrait, à 10 h. 23, un enfant du poids de 1,900 grammes.

Mettant la main sur la paroi abdominale, la sage-femme constate la présence d'un troisième fœtus. Elle introduit la main, trouve un siège en SIGA, rompt la poche des eaux et attire les pieds au dehors. L'enfant est extrait à 10 h. 25 du matin. C'est une fille vivante pesant 2,100 grammes.

10 h. 45, matin. M^{me} la Sage-Femme en chef fait la délivrance à l'aide d'expression. Une masse placentaire double est extraite, les membranes sont complètes, le poids est de 420 grammes.

11 heures. On fait la délivrance artificielle pour le second placenta et on l'extrait complet, du poids de 250 grammes.

Les 3 cordons ont une insertion vélamenteuse.

Injection intra-utérine de 2 litres. — L'utérus revient bien sur lui-même. Après l'accouchement, la température est de 37°8, le pouls à 100.

Potion d'un 1/2 milligramme de digitaline cristallisée.

Soir. Température 37°8. Pouls 100. Pas de frottements. Matité absolue de la base.

Le liquide a augmenté. Ventouses sèches. Les 3 enfants vont bien.

23 décembre, matin. Un peu d'asystolie après l'accouchement.

L'élément pneumonique a disparu. Matité des deux tiers inférieurs du poumon droit. Souffle pleurétique léger.

Même traitement (1/2 milligramme de digitaline).

Température 37°8. Pouls 104.

Soir. Température 38°. Pouls 88.

24 décembre, matin. Température 38°6. Pouls 120. Peu de dyspnée.

Même état pulmonaire.

Soir. Température 37°6. Pouls 84.

25 décembre, matin. Température 37°. Pouls 76.

Même état que la veille.

Soir. Température 36°8. Pouls 68.

26 décembre, matin. Température 37°2. Pouls 80. Matité d'une hauteur de 5 centimètres. Abolition des vibrations à la base droite. Bronchophonie. Pectoriloquie aphone. Souffle pleurétique. Absence de murmure respiratoire. Ponction exploratrice qui ramène 20 centimètres cubes de liquide jaune citrin un peu trouble.

Soir. Température 37°8. Pouls 92.

27 décembre. Température et pouls normaux. Même matité, la respiration s'entend faiblement, quelques râles muqueux, le reste comme le 26 décembre.

28, 29, 30, 31 décembre. Température et pouls normaux, la malade va de mieux en mieux.

État des enfants :

	I	II	III
	Féminin débile.	Féminin faible.	Féminin faible.
	1.650 gr.	1.900 gr.	2.100 gr.
	Longueur 44 c/m.	44 c/m.	46 c/m.
Diamètres.	OF. . . . 10,2	11	11
	OM. . . . 12	12	12,3
	BP. . . . 8,7	8,5	8,5
	BT. . . . 7	7	7
	SOBr. . . . 9,2	9,5	10
Poids à la sortie (22 janvier).	1.900 gr.	2.050 gr.	2.200 gr.

ANNÉE 1903 - 2784 ACCOUCHE

NUMÉROS	NOMS	AGE	TERME de la GROSSESSE	PARITÉ	CONFORMATION DU BASSIN État de la femme	RUPTURE de la 1 ^{re} poche	PRÉSENTATION et POSITION du fœtus	PÉRIODE D'EXPULSION	SEXE et POIDS du 1 ^{er} enfant	ÉTAT du 1 ^{er} enf.
2761	C	26	A terme	I	Normal	Spontan.	OIGA	4 h. » F	2720	Bon
2756	U	43	—	XIII	N. (1) Vomis.	—	OIGA	0 h. 15 F	3070	—
2726	M	25	—	Multipare	N. Albumine	Prémat.	OIGA	0 h. 10 F	2650	—
2716	M	28	—	I	N. Albumine	Spontan.	OIDP	0 h. 15 F	2200	—
2742	T	21	6 mois	I	R. (2) Vom. Céph.	Artificiel.	OIDT	0 h. 10 F	970	Débil
2696	V	40	A terme	X	Coxalgique	Spontan.	OIGA	0 h. 05 F	2570	Bon
2417	G	32	—	II	N. Vomissem.	—	SIGA	0 h. 50 F	2100	—
2374	R	19	8 m. 1/2	I	R.	Artificiel.	SIGA	0 h. 45 F	2100	—
2272	M	30	A terme	Multipare	N.	?	SIGA	0 h. 20 F	2750	—
2141	X	28	8 m. 1/2	I	R.	Spontan.	OIGA	1 h. 15 F	1600	Débil
2142	B	23	7 m. 1/2	I	N.	—	OIGA	0 h. 45 F	1600	—
1591	V	32	8 m. 1/2	IV	N. Vomissem.	—	OIGA	0 h. 10 F	2600	Bon
1441	B	27	A terme	I	N.	Artificiel.	OIGA	0 h. 30 M	2550	—
1357	L	30	—	II	N. Albumine	Spontan.	OIDP	0 h. 05 F	2625	—
1259	B	—	—	II	N. Vomissem.	Artificiel.	OIGA	0 h. 05 F	2750	—
1122	R	24	8 m. 1/2	I	N. Albumine	Spontan.	SIDA	0 h. 45 M	2025	—
1055	D	37	8 mois	Multipare	N.	Artificiel.	OIGA	0 h. 05 F	2030	Débil
944	L	20	7 m. 1/2	I	N. Albumine	—	OIGA	0 h. 05 F	1850	—
931	L	22	8 mois	I	N. Vom. Alb.	Prémat.	OIGA	0 h. 05 M	2100	—
843	L	28	8 m. 1/2	II	N.	Artificiel.	OIDP	2 h. » M	2950	Bon
810	J	25	7 m. 1/2	II	N.	Spontan.	OI —	?	M 1630	Débil
696	J	21	8 mois	II	N. Varices	—	OIDP	0 h. 30 M	2230	Bon
685	M	37	A terme	VII	N.	Artificiel.	OIDP	0 h. 30 F	2600	—
590	H	18	7 m. 1/2	I	N. Vomissem.	Spontan.	OIDA	0 h. 05 M	1500	Fail.
497	L	27	A terme	III	N. Œdème	—	OIGA	0 h. 45 F	2420	Rani
496	L	27	—	II	N. Vomissem.	—	OIDP	1 h. » M	2950	Bo
454	R	20	6 m. 1/2	I	N. Vom. Alb.	Prémat.	O	0 h. 05 M	750	Déb
386	P	36	7 mois	II	N.	Spontan.	A	?	M 1730	Mo
338	M	29	A terme	II	N. Vom. Alb.	—	SIDA	2 h. » M	2500	Bo
110	B	29	—	II	N.	—	OIGP	0 h. 05 F	2500	—
89	P	27	8 mois	II	N. Vom. Céph.	—	SIGA	0 h. 20 M	2930	—
1302	H		Accouchée en ville.			»	»	»	»	»

(1) N. Normal.

(2) R. Retréci.

MENTS — 32 GÉMELLAIRES

REMARQUE	PRESENTATION et POSITION du 2 ^e enfant	TERMINAISON après la dissection du 1 ^{er} enfant	DURÉE du TRAVAIL	SEXE ET POIDS du 2 ^e enfant	ÉTAT du 2 ^e enfant	DÉLIVRANCE	PLACENTA	SUITES de COUCHES	OBSERVATIONS
Artif.	SIGA	0 h. 10	17 h.	F 1880	Mort	Natur.	2 pl. distincts	Normales	Forceps sur 1 ^{er} enfant.
—	OIGA	0 h. 25	9 1/2	F 3070	Bon	—	1 pl. ?	—	
—	SIGA	0 h. 10	5 h.	F 3150	—	—	2 pl. unis	—	
—	OIGA	1 h. 15	21 h.	F 2700	—	Artif.	1 pl. 2 poches	Pathol.	Forceps sur le 1 ^{er} enfant. Hémorragie de la délivrance. Tamponnement.
—	OIDP	0 h. 10	13 h.	F 970	Débile	Natur.	2 pl. unis	Normales	
—	OIDP	0 h. 30	4 h.	M 2750	Bon	—	1 pl. 2 poches	—	
—	Transv.	0 h. 10	4 h.	M 2500	—	—	2 pl. unis	—	Version par manœuvre int.
—	OIDP	?	10 h.	F 1750	Débile	—	2 pl. unis	—	
?	OIDP	0 h. 10	?	M 3080	Bon	—	2 pl. unis	—	
Artif.	OIGA	?	16 h.	F 1275	Débile	—	1 pl. ?	—	
—	OIDP	?	7 h.	F 1750	—	—	1 pl. ?	—	Enfants morts quelques heures après naissance.
—	Transv.	0 h. 30	2 h.	M 2800	Bon	—	1 pl. 2 poches	—	Version par manœuvre ext.
—	SIGA	0 h. 15	13 h.	F 2550	—	—	2 pl. unis	—	
Spont.	SIDP	0 h. 40	4 h.	M 3400	—	—	1 pl. 2 poches	—	
Artif.	OIGA	0 h. 15	30 h.	F 3150	—	Artif.	1 placenta	Mort au bout de 10 jours	Hémorrh. de la délivrance. Caféine, sérum, ergotine. Endométrite gangréneuse.
—	OIGA	0 h. 25	72 h.	F 2100	—	Natur.	2 pl. unis	Path. Alb.	Mort subite du 1 ^{er} enfant.
Spont.	SIGA	0 h. 15	12 h.	F 1970	Débile	—	1 pl. 2 poches	Normales	
Artif.	SIGA	0 h. 20	12 1/2	F 2050	Bon	—	2 pl. distincts	—	
—	SIGA	0 h. 30	7 h.	F 1950	—	—	1 pl. 2 poches	Température au 10 ^e jour	Rétention de caduque
—	SIDP	1 h. »	15 h.	M 2900	—	—	2 pl. réunis	Normales	Forceps pour 1 ^{er} enfant.
—	Epaule	3 h. 40	10 h.	M 1950	Mort	Natur. Hémorrh.	2 pl. réunis	—	Version par manœuvre int. 1 ^{er} enfant mort le 4 ^e jour.
—	OIGA	1 h. »	40 h.	F 2380	Bon	—	2 pl. réunis	Températ.	
—	OIGA	3 h. »	?	M 3350	—	Natur.	2 placentas	Température au 9 ^e jour	Forceps sur 2 ^e enfant.
—	SIGA	0 h. 10	8 h.	M 1700	Faible	—	1 pl. 2 poches	Normales	Enfants morts 3 h. et 7 h. après l'accouchement
—	OIGA	?	2 h.	M ?	?	—	2 placentas	—	
—	OIGA	0 h. 10	4 h.	M 3000	Bon	—	1 pl. 2 poches	—	Déchirure du périnée.
—	Siège	0 h. 35	30 h.	F 850	Débile	Artif.	1 pl. 2 poches	—	Hémorrh. de la déliv. Tamponnement. Enfants morts au bout de quelques minutes.
—	Sommet	0 h. 30	24 h.	M 1750	Mort	—	2 pl. réunis	Pathol.	Version par manœuvre int. Enfants morts. Hémorrh. de la déliv. Tamponnement.
—	OIDP	0 h. 15	6 h.	F 2300	Débile	Natur.	2 pl. réunis	—	1 enfant mort au bout de 30 minutes.
—	OIDA	0 h. 45	4 h.	F 2500	Bon	—	1 pl. 2 poches	Normales	
—	OIDP	0 h. 05	3 1/2	M 2550	—	—	1 pl. 2 poches	—	
»	»	»	»	»	»	»	»	Pathol.	Lymphangite des seins.

CONCLUSIONS

Nous croyons pouvoir tirer de ce travail les conclusions suivantes :

1° Au point de vue de la grossesse :

La fréquence des grossesses gémellaires varie suivant les différents pays et les différentes régions; la proportion que nous avons pu observer à la Maternité est de 1 grossesse gémellaire sur 64 grossesses simples alors que le chiffre généralement admis est de 1 sur 80.

L'étiologie en est encore assez obscure, seules l'hérédité et la multiparité nous paraissent jouer un rôle important dans leur production et nous avons essayé de montrer que les multipares donnaient plus fréquemment que les primipares naissance à des jumeaux alors que rien dans leurs antécédents ne semblait les y prédisposer.

On a dit et répété souvent que l'accouchement gémellaire était presque toujours prématuré; en réalité, nous avons trouvé que dans près de 40 % des cas, la

grossesse avait atteint le terme de 9 mois; dans 38 % des cas, l'accouchement s'était fait dans le courant du neuvième mois.

La présentation la plus fréquente est celle du sommet associé à un siège; plus rare est la présentation des deux sommets, beaucoup plus rare encore est celle des deux sièges; la présentation de l'épaule est relativement fréquente pour le second enfant en raison du retard apporté à son engagement par la présence du premier.

2° Au point de vue du travail :

La durée du travail est plus longue que dans l'accouchement simple malgré le faible volume des enfants, et cela en raison même de la dissémination des contractions dans un utérus anormalement distendu. Certains auteurs ayant élevé des doutes à ce sujet, nos résultats nous permettent d'affirmer que la durée du travail dans l'accouchement gémellaire est en moyenne de 12 heures, alors qu'elle n'est que de 9 heures dans l'accouchement simple.

L'expulsion du second enfant se fait généralement de 15 à 20 minutes après celle du premier, l'intervalle entre les deux accouchements dépasse rarement une heure, l'accoucheur pratiquant le plus souvent artificiellement la rupture de la seconde poche des eaux.

3° Au point de vue de la délivrance :

Ce n'est qu'exceptionnellement que la délivrance se fait après chaque accouchement, et cela en raison même

de ce fait que le placenta est le plus souvent unique ou formé de deux masses accolées l'une à l'autre.

L'examen du placenta nous a permis de distinguer, sur 310 observations, 118 grossesses univitellines et 192 grossesses bivitellines. Son poids, comparé au poids de l'enfant, nous offre un rapport sensiblement égal à celui que nous observons dans la grossesse simple.

Ajoutons que la délivrance est le plus souvent naturelle et n'offre rien ici de particulier.

4° Au point de vue des nouveau-nés :

Les deux enfants issus d'un même accouchement sont de même sexe dans les deux tiers des cas, la proportion des garçons et des filles est sensiblement la même. Le poids des jumeaux est, en général, bien inférieur à la moyenne, même à terme.

6° Au point de vue maternel :

Les troubles et accidents sont très fréquents au cours de la grossesse gémellaire, et nous avons dû passer en revue la plus grande partie de la pathologie de la femme enceinte (seule la syphilis, si fréquente pourtant dans les Maternités, ne nous a pas été signalée); l'albuminurie est, par contre, extrêmement fréquente.

Les interventions au cours de l'accouchement sont nombreuses, surtout pour le second fœtus, tant en rai-

son des présentations vicieuses que de l'inertie utérine et des différents états pathologiques.

La délivrance est un temps redoutable de l'accouchement gémellaire à cause de la fréquence des hémorragies, et la délivrance artificielle sera souvent nécessaire.

7° Au point de vue du pronostic :

Il doit être réservé aussi bien pour la mère que pour les jumeaux. Chez ceux-ci, en effet, la mortalité s'élève à 17 %, la morbidité à 20 %. Chez la mère, la mortalité est, il est vrai, presque nulle, mais la morbidité atteint le chiffre énorme de 25 %.

8° Au point de vue de la conduite à tenir :

Il est utile de faire le diagnostic aussitôt que possible.

Il est bon de surveiller étroitement la femme pendant toute sa grossesse, de faire tous les huit jours au moins l'examen des urines et de la prévenir que l'accouchement pourrait bien se produire avant terme si elle n'observe pas, dès le 7^e mois, un repos presque absolu.

Pendant le travail, la conduite de l'accoucheur ne devra pas différer de celle qui est tenue dans l'accouchement simple; il devra s'assurer des présentations et de la rétraction utérine au moment de la délivrance, avec d'autant plus de soin qu'une intervention est souvent nécessaire.

Si, après le premier accouchement l'utérus ne se contracte plus (1), « l'avis unanime des accoucheurs, dit M. Maygrier, est de ne pas attendre que le col se referme et d'éviter à la femme l'ennui et la fatigue d'un nouveau travail. Aussi, lorsque le second accouchement ne se fait pas dans un court délai, qui ne doit guère dépasser une heure, est-il indiqué d'en favoriser la terminaison en rompant les membranes de l'œuf resté dans l'utérus. »

L'expectation sera cependant de rigueur : 1° lorsque le premier fœtus est né à une époque encore éloignée du terme, que son placenta a été expulsé et qu'on a l'espoir de voir la grossesse se prolonger ; 2° lorsqu'on a lieu de supposer qu'il y a eu superfœtation ; 3° lorsqu'il se produit un avortement simple et qu'on soupçonne une grossesse gémellaire.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu :
P. BUDIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

(1) MAYGRIER. *Accouchement gémellaire*. (Leçon faite à la Clinique Tarnier le 13 août 1898 et recueillie par le Docteur Dubrisay).

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS

A. — De la fréquence des accouchements gémellaires. . .	1
B. — Étiologie.	3

CHAPITRE II

A. — Du terme de la grossesse.	9
B. — Des présentations.	13

CHAPITRE III

DE L'ACCOUCHEMENT PROPREMENT DIT

A. — De la durée totale du travail	21
B. — Durée de la période de dilatation	25
C. — Durée de la période d'expulsion du premier enfant .	27
D. — De l'intervalle entre les deux accouchements	28

CHAPITRE IV

DE LA DÉLIVRANCE

A. — Délivrance proprement dite	31
B. — Examen du placenta.	32

CHAPITRE V
DES NOUVEAU-NÉS

A. — Sexe	39
B. — Poids	40
C. — De l'état des enfants	42

CHAPITRE VI
ACCIDENTS ET INTERVENTIONS

A. — Pendant la grossesse	45
B. — Pendant l'accouchement	49
C. — Des interventions au cours de l'accouchement	53
D. — Délivrance	56

CHAPITRE VII
DES SUITES DE COUCHES

A. — Mortalité.	59
B. — Morbidité	61

CHAPITRE VIII

Grossesse triple	63
Observations.	65
Conclusions.	87

Paris — Imp. V^{te} ALBOUY, 75, avenue d'Italie. 92.4.06.
